

SEGURO VIAGEM BRADESCO

CONDIÇÕES GERAIS

CAPÍTULO I - OBJETIVO DO SEGURO

1. O Seguro Viagem - Processo SUSEP nº **15414.900006/2016-60**, tem por objetivo garantir ao Segurado ou ao seu(s) Beneficiário(s), conforme o caso, o pagamento de Indenização em decorrência de Evento Coberto ocorrido durante o Período de Cobertura, observadas as condições e exclusões previstas nestas Condições Gerais.

CAPÍTULO II - CONTRATAÇÃO

2.1. A contratação do Seguro tem início com o preenchimento e assinatura da Proposta de Contratação pelo Estipulante.

2.1.1. Recebida a Proposta de Contratação pela Seguradora, com todos os dados e informações exigíveis, esta será considerada integralmente aceita, abrangendo todas as coberturas contratadas, se a Seguradora sobre ela não se manifestar expressamente perante o Proponente a Estipulante no prazo de 15 (quinze) dias contados do seu recebimento, explicitando o motivo da recusa.

2.1.2. O prazo referido no item 2.1.1 anterior será suspenso se a Seguradora verificar que as informações contidas na Proposta de Contratação são insuficientes para a emissão da Apólice e do Contrato de Seguro, e solicitar a apresentação de novos documentos ou informações.

2.1.3. A contagem do prazo voltará a correr a partir da data em que for protocolada na Seguradora a entrega da documentação ou informação solicitada.

2.1.4. Aceita a Proposta de Contratação, a Seguradora emitirá e disponibilizará ao Estipulante a Apólice e o Contrato de Seguro.

2.2. A adesão ao Seguro tem início com o preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão acompanhada da Declaração Pessoal de Saúde, se for o caso.

2.2.1. Recebida a Proposta de Adesão pela Seguradora, com todos os dados exigíveis, esta será considerada aceita abrangendo todas as coberturas contratadas, se a Seguradora sobre ela não se manifestar expressamente perante o Proponente a Segurado, o que poderá ser feito por meio do Estipulante, no prazo de 15 (quinze) dias contados do recebimento da Proposta de Adesão, explicitando o motivo da recusa.

2.2.2. O prazo referido no item 2.2.1 anterior será suspenso se a Seguradora verificar que as informações contidas na Proposta de Adesão são insuficientes para a emissão do Certificado de Seguro e solicitar a apresentação de novos documentos ou informações. A contagem do prazo voltará a correr a partir da data em que for protocolada na Seguradora a entrega da documentação ou informação solicitada.

2.2.3. A Seguradora reservar-se o direito de exigir do Proponente exame(s) médico(s) para avaliação do risco. **A negativa do Proponente em submeter-se ao(s) exame(s) autorizará a Seguradora a recusar a Proposta de Adesão.**

2.2.4. As doenças ou lesões de que o Segurado seja portador, quando não declaradas na Proposta de Adesão ou na Declaração Pessoal de Saúde, poderão ser identificadas pela Seguradora por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais.

2.2.5. Caso não aceite a Proposta de Adesão, a Seguradora comunicará por escrito a recusa ao Proponente, o que poderá ser feito por intermédio do Estipulante, no prazo de até 15 (quinze) dias contado do recebimento da Proposta de Adesão, e devolverá a ele o valor do Prêmio pago antecipadamente (se houver) no prazo de até 10 (dez) dias contados da data da formalização da recusa.

2.2.6. A restituição será feita por meio de crédito na conta bancária indicada na Proposta de Adesão, desde que a referida conta seja de titularidade do Proponente.

2.2.7. Aceita a Proposta de Adesão, a Seguradora emitirá o Certificado de Seguro e o disponibilizará ao Segurado, podendo fazê-lo por intermédio do Estipulante.

2.2.8. Iniciada a viagem segurada, a Seguradora não poderá recusar a Proposta de Adesão que tiver sido recebida anteriormente ao início da viagem, mesmo que ainda não tiver decorrido o prazo de 15 (quinze) dias para análise do risco.

2.3. Somente poderão aderir ao Seguro as pessoas físicas vinculadas direta ou indiretamente ao Estipulante, que estiverem em boas condições de saúde na data da assinatura da Proposta de Adesão.

2.3.1. **A Apólice de Seguro poderá estabelecer critérios adicionais para a adesão ao Seguro, tais como mas não se restringido a limites etários bem como condições específicas para os casos de migração de apólice.**

2.3.2. **A inclusão de menores de 14 (catorze) anos destina-se somente ao reembolso de despesas, observados os limites de capital segurados contratados.**

2.4. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

2.5. O Seguro poderá ser contratado com a utilização dos meios remotos.

2.5.1. A contratação por meios remotos sem a emissão de documentos contratuais físicos no ato da contratação deverá implicar no envio de mensagens informativas ao Segurado e/ou Estipulante ao longo da vigência do Seguro, de acordo com o disposto na legislação aplicável.

2.5.2. O envio das mensagens será realizado, preferencialmente, com a utilização do mesmo meio remoto usado para a contratação (ou adesão) do Seguro.

2.5.3. Arrependimento: Antes do início da viagem, o Segurado poderá desistir do Seguro no prazo de 7 (sete) dias após a emissão do Certificado ou o pagamento do prêmio, o que ocorrer por último. Para tanto deverá protocolar solicitação escrita à Seguradora.

2.5.4. O prazo de que trata o item 2.5.3 anterior não é aplicável se o Segurado houver iniciado a viagem dentro do prazo de arrependimento.

2.5.5. Em caso de desistência, a Seguradora fornecerá ao Segurado confirmação de recebimento da manifestação de arrependimento, ficando vedada qualquer cobrança a partir dessa data.

2.5.6. Quaisquer valores eventualmente pagos serão devolvidos, a partir da manifestação de arrependimento, utilizando-se, preferencialmente, o mesmo meio adotado para o pagamento do prêmio.

CAPÍTULO III - COBERTURAS

3.1. As Coberturas do Seguro são aquelas definidos nos Anexos, as quais poderão ser contratadas isolada ou conjuntamente, de acordo com as respectivas Condições Especiais e a Apólice de Seguro, observada a legislação vigente. As coberturas básicas cujo evento gerador seja exclusivamente Acidente Pessoal não poderão ser contratadas isoladamente.

3.1.1. Ambito Geográfico: As coberturas deste Seguro são válidas para os Eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

3.1.2. Não haverá garantia de Indenização por qualquer das coberturas deste Seguro, se o Evento resultar de Risco Excluído conforme definido no Capítulo V ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à indenização referidas no Capítulo XI destas Condições Gerais ou na legislação e regulamentação em vigor.

3.1.3. Carência e Franquia: O plano de seguro poderá prever Carência e/ou Franquia, a serem especificadas na Apólice de Seguro.

3.1.4. Quando previsto, o Prazo de Carência estará limitado à metade do Prazo de Vigência da apólice limitado ao máximo de 2 (dois anos).

3.1.5. Não haverá Prazo de Carência para as coberturas decorrentes de Acidente Pessoal.

3.1.6. As Apólices deverão estabelecer, no mínimo, como Cobertura Básica, a Cobertura de Morte ou Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

CAPÍTULO IV – RISCOS COBERTOS

4.1. Observado o disposto nos respectivos Anexos, além dos casos de Acidente Pessoal definido no Glossário, para as Coberturas de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente estão cobertos os seguintes eventos:

- a) acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- b) acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- c) ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por insetos;
- d) choque elétrico e raio;
- e) contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;
- f) acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- g) infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;
- h) queda na água ou afogamento;
- i) sequestro, tentativa de sequestro, atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana; e
- j) tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

CAPÍTULO V- RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Observado o disposto nos respectivos Anexos, configuram Riscos Excluídos da(s) Cobertura(s) deste Seguro e, por isso, não geram direito à Indenização:

- a) ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada, exceto a prática de esporte e/ou utilização de meio de transporte mais arriscado;**
- b) ato ilícito doloso praticado pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou representante legal de um ou de outro;**
- c) ato ilícito doloso praticado por seu(s) sócio(s) controlador(es), dirigente(s), administrador(es) e pelos respectivo(s) representante(s).**
- d) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto a prestação de serviço militar e os atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- e) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- f) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou a exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- g) Doenças ou Lesões Preexistentes e suas Consequências, exceto nos casos em que for dispensado o preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde;**
- h) epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;**

i) suicídio ou sua tentativa nos primeiros 2 (dois) anos, contados a partir do início de Vigência do Seguro.

5.1.1. Para as coberturas decorrentes de Acidente Pessoal, além dos eventos de que trata o item 5.1. anterior, configuram Riscos Excluídos:

a) acidentes em que o Segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo, seja terrestre, aéreo ou náutico;

b) acidentes e/ou suas consequências ocorridos antes da adesão ao Seguro;

c) todo e qualquer tipo de curetagem uterina, exceto se consequente de aborto ou parto decorrente diretamente de Acidente Pessoal;

d) as doenças, lesões e situações que não se enquadram no conceito de Acidente Pessoal definido no Glossário;

e) perda de dentes e danos estéticos;

f) autolesões, ou seja, mutilação do próprio corpo e doações ou extrações de órgãos que impliquem na diminuição permanente da integridade física do Segurado, salvo por exigência médica; e

g) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o Evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal, definido no item 1 das Definições.

5.1.2. Adicionalmente aos eventos previstos nos itens 5.1. e 5.1.1, os Anexos poderão dispor sobre os Riscos Excluídos adicionais e específicos de cada cobertura.

5.1.3. Em quaisquer das coberturas oferecidas por este Seguro, não haverá garantia de pagamento de Indenização por danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista. Cabe à Seguradora comprovar sua ocorrência com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

CAPÍTULO VI - CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado de cada uma das coberturas será aquele estipulado na Apólice e seu valor deverá constar da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro.

6.1.1. O valor do Capital Segurado será atualizado monetariamente sempre que a vigência for superior a 12 (doze) meses, ou recalculado conforme disposto no Capítulo VIII destas Condições Gerais.

6.1.2. Os Capitais Segurados dos demais segurados (componentes adicionais), quando permitida sua inclusão na Apólice, em quaisquer Coberturas, não podem ser superiores ao do Segurado principal.

6.2. Para apuração do valor da Indenização ou do reembolso será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da ocorrência do Sinistro para cada Cobertura, observado o disposto nos respectivos Anexos.

6.3. A reintegração do Capital Segurado é automática após cada Evento Coberto para a Cobertura de Invalidez Permanente Parcial por Acidente.

6.4. Não haverá reintegração quando da ocorrência de Evento Coberto que configure Invalidez Permanente Total por Acidente com o pagamento de Indenização no valor de 100% do Capital Segurado dessa cobertura, caso em que o Certificado individual do Segurado será cancelado.

6.5. Exclusivamente para os planos de seguro para viagens internacionais, o Capital Segurado das Coberturas que garantam reembolso ou pagamento de indenização relacionado a despesas no exterior poderá ser estabelecido em moeda nacional ou estrangeira.

6.5.1. Quando o Capital Segurado for estabelecido em moeda estrangeira:

a) o Prêmio correspondente será pago em moeda corrente nacional, convertido na data da adesão com, base nas regras específicas do Conselho Monetário Nacional – CMN e do Banco Central do Brasil – Bacen, no que couber; e

b) os documentos contratuais do Seguro deverão informar o valor do Capital Segurado em moeda estrangeira.

6.5.2. Quando o Capital Segurado for estabelecido em moeda nacional, para efeitos de comprovação junto às autoridades do(s) país(es) de destino, o documento contratual poderá informar, adicionalmente, o Capital Segurado convertido em moeda estrangeira.

CAPÍTULO VII - PRÊMIO

7.1. O Prêmio do Seguro será estabelecido na Apólice e seu valor ou taxa constará da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro.

7.2. O valor do Prêmio será atualizado monetariamente sempre que a vigência for superior a 12 (doze) meses, ou recalculado conforme disposto Capítulo VIII destas Condições Gerais.

7.3. O custeio do Seguro poderá ser:

- a) totalmente contributivo, quando os prêmios forem pagos integralmente pelo Segurado;
- b) parcialmente contributivo, quando os prêmios forem pagos pelo Segurado e pelo Estipulante; e
- c) não contributivo, quando os prêmios forem pagos integralmente pelo Estipulante.

7.3.1. O critério de custeio constará na Proposta de Contratação e no Contrato de Seguro.

7.3.2. Quando o custeio for parcialmente ou totalmente contributivo, o Contrato de Seguro poderá estabelecer que a parcela do prêmio de responsabilidade dos Segurados será recolhida pelo Estipulante e repassada à Seguradora nos prazos estabelecidos no Contrato.

7.3.3. A periodicidade de pagamento do Prêmio poderá ser mensal, bimestral, trimestral, semestral, anual ou único, conforme estabelecido no Contrato de Seguro.

7.3.4. A forma de pagamento do Prêmio constará da Proposta de Adesão, podendo ser débito em conta bancária, boleto bancário, cartão de crédito ou outro meio de pagamento ajustado entre a Seguradora e o Estipulante.

7.3.5. Quando a data de vencimento do Prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente.

7.3.6. Quando o Segurado e/ou Estipulante optar por efetuar o pagamento do Prêmio por meio de débito em conta, se na data do vencimento o saldo da conta bancária não for suficiente para quitação do valor integral do Prêmio ficará caracterizada a falta de pagamento, que poderá acarretar o cancelamento do Seguro, conforme previsto no Capítulo XII destas Condições Gerais.

7.3.7. Independentemente do meio de pagamento estabelecido, o Segurado estará sempre obrigado a efetuá-lo na data prevista, através de ordem de pagamento bancária ou vale-postal, nas seguintes hipóteses:

- a) caso o Estipulante, por motivos alheios à vontade do Segurado, não efetue o desconto dos Prêmios;
- b) se o Segurado houver extraviado ou não tiver recebido novo Carnê de Cobrança Bancária; ou
- c) se o Segurado não tiver saldo suficiente para o desconto do Prêmio na conta corrente por ele indicada na Proposta de Adesão.

7.3.8. Se o Estipulante deixar de repassar à Seguradora os Prêmios descontados do Segurado, tal fato não gerará o cancelamento da Apólice se não persistir por prazo igual ou superior a 90 (noventa dias), ressalvado o direito de regresso da Seguradora contra o Estipulante.

7.3.9. Qualquer pagamento em atraso dentro do prazo de 90 (noventa) dias do vencimento será efetuado pelo valor do Prêmio vencido, acrescido de juros de mora à taxa de 6% (seis por cento) ao ano, calculada em base *pro rata* dia da data de vencimento até a data do efetivo pagamento. Adicionalmente, incidirá atualização monetária sobre o valor do Prêmio não pago, de acordo com o disposto Capítulo VIII destas Condições Gerais.

7.3.10. No caso da ocorrência de Sinistro durante o período de 90 (noventa) dias de atraso no pagamento dos Prêmios, a Indenização, quando devida, será paga nos termos destas Condições Gerais e Especiais, descontados do respectivo valor os valores dos Prêmios em atraso, acrescidos de juros e atualização monetária.

7.3.11. Transcorridos 90 (noventa) dias do vencimento do Prêmio devido e não pago, este Seguro será cancelado, na forma do Capítulo XII, sem que seja devida ao Estipulante, ao Segurado ou ao seu Beneficiário, qualquer Indenização proporcional relativa a Sinistro ocorrido após o cancelamento do Seguro ou a devolução de Prêmios já pagos.

7.3.12. Regime Financeiro: Este Seguro está estruturado sob o regime financeiro de Repartição Simples, que não contempla, em quaisquer das Coberturas, o resgate ou a devolução dos Prêmios pagos.

CAPÍTULO VIII - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

8.1. Para os Seguros contratados com prazo de vigência superior a 12 (doze) meses, os valores dos Capitais Segurados e dos Prêmios serão atualizados monetariamente pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA/IBGE acumulada no período de 12 (doze) meses anterior ao mês do último índice publicado imediatamente antes da data de atualização.

8.1.1. Não haverá atualização monetária nos Seguros contratados por prazo igual ou inferior a 12 (doze) meses.

8.1.2. Quando a periodicidade de pagamento do Prêmio for único ou anual e a vigência do Seguro for superior a 12 (doze) meses, os Capitais Segurados serão atualizados desde a data da última atualização até a data de ocorrência do Evento.

8.2. Os valores correspondentes às obrigações pecuniárias decorrentes deste Seguro, a partir da data em que se tornarem exigíveis, sujeitam-se à atualização pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA/IBGE acrescido de juros de mora de 6% (seis por cento) ao ano.

8.2.1. A atualização será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

8.3. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o índice substituto determinado pela legislação pertinente ou pelos órgãos públicos competentes.

CAPÍTULO IX – INDICAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

9.1. O Segurado poderá indicar livremente seu Beneficiário para receber o valor da Indenização nos casos previstos neste Seguro, observado o disposto neste Capítulo e na legislação e regulamentação em vigor.

9.2. Havendo mais de um Beneficiário e não tendo o Segurado estabelecido o percentual do Capital Segurado correspondente a cada um, o respectivo valor será rateado entre eles em partes iguais.

9.3. Na falta de indicação de Beneficiário ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária estabelecida no Código Civil.

9.3.1. Na falta das pessoas indicado no item 9.3 anterior, serão Beneficiários os que provarem que a

morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

9.4. É facultado ao Segurado, em qualquer época, alterar e substituir seu(s) Beneficiário(s).

9.4.1. A substituição de Beneficiário somente será eficaz perante a Seguradora, se for comunicada a ela, por escrito, antes do pagamento da Indenização.

9.4.2. Se a Seguradora não for comunicada da substituição na forma prevista no item 9.4.1 anterior, ficará desobrigada pagando o Capital Segurado ao antigo Beneficiário.

CAPÍTULO X - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

10.1. A Regulação e Liquidação de Sinistro é o procedimento por meio do qual a Seguradora, após recebido o aviso da ocorrência do Evento, verifica se o mesmo configura o Sinistro e se o Segurado ou seu Beneficiário, conforme o caso, tem ou não o direito à cobertura, efetuando ou recusando o pagamento da Indenização.

10.2. O Segurado ou seu Beneficiário deverá comprovar satisfatoriamente a ocorrência do Sinistro, por meio dos documentos básicos relacionados em cada um dos Anexos, bem como esclarecer todas as circunstâncias a ele relacionadas.

10.2.1. Para instruir a Regulação e Liquidação de Sinistro, a Seguradora poderá solicitar, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos, informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos.

10.3. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado ou do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

10.3.1. Nos casos de Cobertura em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

10.3.2. O reembolso ou pagamento de Indenização relacionado a despesas efetuadas no exterior será realizado em moeda corrente nacional, respeitando-se o limite do Capital Segurado de cada cobertura contratada estabelecido em moeda nacional ou estrangeira, cujo valor será convertido e atualizado monetariamente com base no câmbio oficial de venda com base na data:

a) do efetivo pagamento realizado pelo segurado, quando se tratar de cobertura que preveja o reembolso de despesas; ou

b) do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando se tratar de cobertura que preveja o pagamento do capital segurado.

10.3.3. Desde que previsto no Contrato, o Segurado ou Beneficiário poderá solicitar que o reembolso ou pagamento de Indenização relacionada a despesas no exterior seja liquidado em moeda estrangeira se, na data da efetiva liquidação, o Segurado ou Beneficiário ainda se encontrar no exterior.

10.3.4. Para efeito dos pagamentos liquidados em moeda estrangeira, serão observadas, ainda, as regras específicas do Conselho Monetário Nacional – CMN e do Banco Central do Brasil – Bacen.

10.4. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

10.5. Os documentos básicos necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados para a Seguradora, em relação a cada uma das Coberturas, estão relacionados nos Anexos a estas Condições Gerais.

10.6. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida com base neste Seguro, contado a partir do recebimento, pela Seguradora, de toda a documentação que comprove a ocorrência de Sinistro e os valores indenizáveis.

10.6.1. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos, informações ou esclarecimentos complementares ao Segurado ou ao Beneficiário, o prazo de que trata o item 10.6. anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências da Seguradora.

10.6.2. O pagamento será feito uma única vez, por meio de cheque nominativo, crédito em conta bancária ou ordem de pagamento pagável no domicílio ou praça indicada pelo Segurado ou pelo Beneficiário, conforme o caso.

10.6.3. Em caso de mora da Seguradora, caracterizada pela falta de pagamento da Indenização devida no prazo de 30 dias, o Capital Segurado será atualizado de acordo com o disposto no item 8.2 destas Condições Gerais, independente de notificação ou interpelação judicial. Incidirão, adicionalmente, sobre o valor da Indenização, juros de mora à taxa de 6% (seis por cento) ao ano, calculada em base *pro rata* dia, da data da ocorrência da mora até a data do efetivo pagamento.

10.6.3.1. O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do Seguro.

10.6.4. A Seguradora não estará obrigada ao pagamento da Indenização nos termos pleiteados pelo Segurado, quando este recusar-se a submeter-se aos exames solicitados pela Seguradora, ou quando este ou o Beneficiário, conforme o caso, não apresentar os documentos básicos ou complementares solicitados, indispensáveis à comprovação da ocorrência ou não do Sinistro.

10.7. Na cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, havendo divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como sobre a avaliação da invalidez atribuída ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao Segurado a constituição de junta média, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação.

10.7.1. A junta médica será constituída por três (3) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do

terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

10.7.2. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

10.8. **ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES:** As Indenizações por morte e invalidez permanente total ou parcial do Segurado não se acumulam. Se depois de paga uma Indenização por invalidez permanente verificar-se a morte do Segurado, a Seguradora pagará a Indenização devida pelo caso de morte, deduzida a importância já paga por invalidez permanente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a Indenização paga ultrapassar a estipulada em caso de morte.

CAPÍTULO XI – DA PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

11.1. **Se o Estipulante, Segurado, seu representante ou seu Corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Contratação/Adesão ou no valor do Prêmio, ficará prejudicado o direito a indenização, além de estar o Segurado ou Estipulante obrigado ao pagamento do prêmio vencido, de acordo com o disposto no artigo 766 do Código Civil.**

11.1.1. **Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé, a Seguradora poderá:**

I – na hipótese de não ocorrência do sinistro:

a) cancelar o Seguro, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

II – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

a) cancelar o Seguro, após o pagamento da Indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao Beneficiário ou restringindo a(s) cobertura(s) contratada(s) para riscos futuros.

III – na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o seguro após o pagamento da indenização, deduzindo do valor a ser indenizado a diferença do prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

11.2. O Segurado também perderá o direito à garantia de Indenização em qualquer das

seguintes situações:

- a) se ele, seu representante ou seu Beneficiário descumprir quaisquer das obrigações inerentes a este Seguro;
- b) se agravar intencionalmente o Risco Coberto, por meio de, mas não se restringindo a: ofensas corporais, automutilação, condução de veículo sob efeito de álcool em nível superior ao permitido pela legislação local ou uso de medicamentos sem prescrição médica, ressalvados os casos de suicídio ou sua tentativa após os primeiros 2 (anos) de vigência do seguro;
- c) não comunicar por escrito à Seguradora, logo que saiba, a ocorrência de qualquer incidente suscetível de agravar o Risco Coberto, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

11.2.1. Ao receber do Segurado a comunicação escrita de incidente suscetível de agravar o Risco Coberto, a Seguradora poderá cancelar o Seguro, mediante comunicação escrita a ser enviada ao Segurado, no prazo de até 15 (quinze) dias, contado da data do recebimento da comunicação do incidente. Se preferir, a Seguradora poderá, mediante acordo escrito com o Segurado, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença do Prêmio cabível ou restringindo a(s) cobertura(s). O cancelamento do seguro baseado no agravamento do risco coberto só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, se houver, calculada proporcionalmente ao período.

11.2.2. Na hipótese de cancelamento previsto no item 11.2.1, se o pagamento do Prêmio for anual, haverá a devolução proporcional do valor pago, mas se o pagamento for mensal, não haverá devolução das mensalidades já pagas, sendo devidas pelo Segurado todas as mensalidades vencidas até o 30º (trigésimo) dia após a data em que receber a comunicação do cancelamento da Seguradora.

CAPÍTULO XII - CANCELAMENTO DO SEGURO

12.1. A Apólice de Seguro será cancelada, sem que caiba qualquer indenização por perdas e danos às partes pelo seu cancelamento, nas seguintes situações:

- a) a qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante, com a anuência prévia e expressa dos Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado;
- b) em caso de tentativa do Estipulante de impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;
- c) na ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo Estipulante com o propósito de obter vantagem ilícita do Seguro;
- d) na falta de pagamento de 3 (três) Prêmios mensais consecutivos ou não, sendo que o cancelamento ocorrerá, automaticamente, no 90º (nonagésimo) dia, contado a partir do vencimento do 1º (primeiro) Prêmio não pago;

e) Para as demais formas de pagamento o cancelamento por falta de pagamento ocorrerá, automaticamente, no 90º (nonagésimo) dia, contado a partir do vencimento do 1º (primeiro) Prêmio não pago;

f) com o encerramento das atividades do Estipulante.

12.2. O Certificado Individual de Seguro será cancelado, cessando todas as coberturas contratadas, sem que caiba qualquer indenização por perdas e danos às partes pelo seu cancelamento, nas seguintes situações:

a) com a morte, invalidez permanente total por Acidente, cancelamento da viagem ou regresso antecipado do Segurado;

b) término do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;

c) solicitação expressa do Segurado, 30 (trinta) dias antes do vencimento do Prêmio;

d) tentativa do Segurado e/ou seu Beneficiário de impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;

e) infrações ou fraudes praticadas pelo Segurado ou Beneficiário com o propósito de obter vantagem ilícita do Seguro;

f) na falta de pagamento de 3 (três) Prêmios mensais consecutivos ou não, sendo que o cancelamento ocorrerá, automaticamente, no 90º (nonagésimo) dia, contado a partir do vencimento do 1º (primeiro) Prêmio não pago;

g) Para as demais formas de pagamento o cancelamento por falta de pagamento ocorrerá, automaticamente, no 90º (nonagésimo) dia, contado a partir do vencimento do 1º (primeiro) Prêmio não pago;

h) se o Segurado regressar antecipadamente da viagem segurada, a partir da sua chegada ao local de origem da viagem ou ao seu domicílio.

12.3. A Apólice de Seguro não poderá ser cancelada durante a Vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração na natureza dos riscos.

12.4. A Apólice de Seguro só poderá ser cancelada durante a Vigência por acordo entre as partes contratantes e, no caso de seguro contributivo, com anuência prévia e expressa de Segurados Principais que representem, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado.

12.5. Em caso de cancelamento a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer das partes e com concordância recíproca, a Seguradora poderá reter do Prêmio recebido, além dos emolumentos e tributos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

12.6. No prazo de 10 (dez) dias antes da data limite para o cancelamento do Seguro por motivo de falta de pagamento, será enviada notificação ao Segurado e ao Estipulante.

12.7. O pagamento, pelo Segurado e/ou Estipulante de qualquer valor à Seguradora após a data do cancelamento, não implica reabilitação do Seguro nem gera qualquer efeito, ficando à disposição do ex-Segurado e/ou Ex-Estipulante o referido valor.

CAPÍTULO XIII – VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÕES DO SEGURO

13.1. A Apólice terá vigência por prazo determinado, conforme definido entre as partes, podendo ser renovada automaticamente por igual período, uma única vez, exceto se qualquer das partes comunicar por escrito à outra seu desinteresse na manutenção do seguro, no mínimo 60 (sessenta) dias antes da data do término da vigência.

13.2. As renovações que não implicarem em ônus ou dever adicional aos Segurados, ou ainda, redução de direitos, serão realizadas diretamente entre o Estipulante e a Seguradora.

13.3. Caso haja, na renovação, alteração que implique em ônus ou dever aos Segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.

13.4. Este Seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora à faculdade de não renovar a Apólice no vencimento da Vigência, sem obrigação de devolver os Prêmios pagos nos termos da Apólice.

13.5. Não havendo concordância entre as partes quanto à renovação da Apólice, o Seguro se extinguirá de pleno direito ao final de sua vigência, sem devolução dos Prêmios pagos.

13.6. A vigência do risco individual do Segurado será definida quando da adesão ao Seguro, em relação a cada cobertura contratada, e constará na Proposta de Adesão e no Certificado de Seguro.

13.6.1. Observado o disposto no item 13.6. anterior, respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice se esta não for renovada.

13.6.2. Em caso de impossibilidade de retorno do Segurado por evento coberto pela Apólice, o prazo de vigência da(s) cobertura(s) se estenderá automaticamente até o retorno do Segurado ao local de domicílio ou de início da viagem.

13.6.3. As Apólices, Certificados individuais e endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

13.7. Quaisquer alterações pretendidas no Seguro serão realizadas por aditivo, com a concordância expressa e escrita do Estipulante, e serão ratificadas pelo correspondente endosso.

13.7.1. Qualquer alteração da apólice em vigor, inclusive alteração de taxas, que implique em ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

CAPÍTULO XIV - OBRIGAÇÕES

14.1. São obrigações do Estipulante:

- a) Fornecer à Seguradora todas as informações e documentos solicitados e necessários à análise e aceitação do risco, incluindo dados cadastrais e informações e documentos relativos aos Proponentes;**
- b) Remeter à Seguradora as Propostas de Adesão devidamente preenchidas e assinadas e entregar aos Segurados o Certificado Individual, mediante recibo que deverá ser enviado à Seguradora;**
- c) Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza dos riscos cobertos, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em Sinistro, de acordo com as condições contratuais do Seguro;**
- d) fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Seguro;**
- e) Disponibilizar aos proponentes, no momento da adesão ao Seguro, cópia do Contrato de Seguro e das Condições Gerais e Especiais;**
- f) Discriminar explicitamente no documento de cobrança dos Prêmios o respectivo valor, a denominação da Seguradora e a informação de que o não pagamento do Prêmio poderá ocasionar o cancelamento do Seguro;**
- g) Repassar os Prêmios à Seguradora, no prazo estabelecido no Contrato;**
- h) Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice;**
- i) Repassar aos Segurados os valores relativos aos Excedentes Técnicos apurados que lhes competirem, observando estritamente a proporção de participação dos Segurados no custeio do Seguro;**
- j) Discriminar a razão social e o nome fantasia da Seguradora nos documentos e comunicações referentes ao Seguro;**
- k) Comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de quaisquer Sinistros, ou expectativa de Sinistro assim que deles tiver conhecimento;**
- l) Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos para liquidação de Sinistros;**
- m) Comunicar à Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido, bem como quaisquer procedimentos que considerar irregulares relativos ao Seguro;**
- n) Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o**

percentual de participação do risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante (se houver cosseguro);

o) Cumprir e fazer cumprir todas as obrigações previstas no Contrato e nestas Condições Gerais e Especiais, com observância dos prazos estabelecidos.

14.1.1. A falta de repasse dos Prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, sujeitará o Estipulante às cominações legais.

14.1.2. É vedado ao Estipulante:

a) Cobrar dos segurados quaisquer valores relativos ao Seguro, além dos especificados pela Seguradora;

b) Fazer propaganda e promoção do Seguro sem a anuência prévia e por escrito da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações pertinentes ao Seguro;

c) Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

14.3. São obrigações da Seguradora:

a) emitir a Apólice e os Certificados individuais; e

b) pagar a Indenização devida no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados do recebimento da documentação completa, observadas as Condições Gerais e Especiais.

14.4. São obrigações do Segurado:

a) comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura se ficar comprovado que silenciou de má fé;

b) manter atualizados seus dados cadastrais e de seus Beneficiários junto à Seguradora; e

c) efetuar o pagamento dos Prêmios que lhe competirem, na forma e prazo contratados.

CAPÍTULO XV - EXCEDENTES TÉCNICOS

15.1. A Apólice poderá prever a apuração e distribuição de Excedente Técnico, condicionado à verificação de um número mínimo de Segurados.

15.2. O cálculo do Excedente Técnico tomará por base o período de apuração que corresponde ao período de vigência anual da Apólice e será realizado no prazo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data do último pagamento das faturas relativas a este período.

15.3. Este cálculo será realizado com base na regulamentação em vigor, sendo considerado, para

efeito de despesas administrativas, um percentual (descrito no contrato de seguro) dos Prêmios líquidos pagos no período de apuração.

15.4. O eventual Excedente Técnico a ser distribuído corresponderá a um percentual indicado no Contrato de Seguro do resultado técnico eventualmente apurado, assim entendido o valor positivo da diferença entre a soma das receitas e a soma das despesas abaixo listadas:

RECEITAS:

- a) prêmios de competência correspondente ao período de Vigência da Apólice, efetivamente recebidos pela Seguradora;
- b) estornos recebidos pela Seguradora de Sinistros computados em períodos anteriores, mas definitivamente não devidos;
- c) estornos recebidos pela Seguradora relativos à Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados (IBNR) calculados no período de vigência anterior; e
- d) eventuais recuperações de Sinistros junto ao Ressegurador, quando houver.

DESPESAS:

- a) Comissões de corretagem (e agenciamento, quando houver) pagas durante o período de apuração;
- b) Pró-labore (remuneração) pago ao Estipulante durante o período de apuração, quando houver;
- c) Valor total dos Sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os Sinistros com pagamento parcelado;
- d) Saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados, inclusive da Apólice;
- e) Despesas efetivas de administração;
- f) Prêmios de resseguro, quando houver;
- g) Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados (IBNR).

15.5. Os valores das receitas e despesas para apuração dos resultados técnicos serão atualizados monetariamente pela variação acumulada do IPCA/IBGE, calculada entre a data de sua constituição e a data do cálculo.

15.6. A distribuição dos excedentes técnicos apurados será realizada depois de pagas todas as faturas de Prêmios do período e o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data do último pagamento de todas as faturas do período.

15.7. Os valores dos excedentes técnicos eventualmente devidos na forma da Apólice serão creditados em conta bancária do Estipulante ficando este responsável pelo repasse aos Segurados dos valores que lhe competirem, devendo ser observada a proporção de participação dos segurados no custeio do Seguro.

CAPÍTULO XVI - DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1. Não poderão ser transferidos, cedidos ou onerados pelo Segurado ou por seu Beneficiário, por qualquer forma, os direitos decorrentes deste Seguro.

16.2. A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Corretor ou do Estipulante, somente poderão ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da Apólice e as Condições Gerais e Especiais do Seguro, ficando o Estipulante responsável pela fidelidade das informações contidas nas divulgações feitas.

16.3. Toda a responsabilidade pelo pagamento das Indenizações oriundas deste contrato é de exclusiva competência da Seguradora.

16.4. O registro deste plano na Superintendência de Seguros Privados - SUSEP não implica, por parte da referida Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

16.5. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

16.6. As condições contratuais deste produto encontram-se registradas na Susep de acordo com o número de Processo n 15414.900006/2016-60, constante da apólice/proposta e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

16.7. A Seguradora poderá ofertar planos de seguro viagem que, em substituição ao pagamento do Capital Segurado na forma de reembolso ou indenização em espécie (moeda corrente nacional), ofereçam a prestação do serviço correspondente, de acordo com as condições pactuadas entre a Seguradora e o Estipulante nas condições contratuais do plano de seguro.

16.7.1. Nesse caso, as condições contratuais estabelecerão a existência de rede de serviços autorizada no(s) local(is) de destino de viagem dos Segurados.

16.8. A Seguradora não poderá sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado ou do Beneficiário contra o causador do Sinistro.

16.9. Os prazos prescricionais são aqueles definidos em lei.

16.9.1. Prescreve em um ano a pretensão do Segurado contra a Seguradora, contado a partir da ciência do fato gerador da pretensão.

16.9.2. Prescreve em 3 (três) anos a pretensão do Beneficiário contra a Seguradora, contado a partir da ciência do fato gerador da pretensão.

16.10. Para dirimir quaisquer dúvidas ou litígios resultantes deste Seguro, fica eleito o foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso, com exclusão de qualquer outro por mais privilegiado que seja, ressalvado o disposto no Contrato de Seguro com relação a eventuais litígios entre Seguradora e o Estipulante.

16.11. A Seguradora dispõe de um canal de atendimento diferenciado aos Segurados denominada Ouvidoria. A Ouvidoria da Seguradora estará disponível para acesso aos Segurados por meio de serviço de discagem direta gratuita para o número 0800 701 7000, das 8h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.

16.12. ATENÇÃO: O SEGURO VIAGEM NÃO É SEGURO SAÚDE! LEIA ATENTAMENTE AS CONDIÇÕES CONTRATUAIS, OBSERVANDO SEUS DIREITOS E OBRIGAÇÕES, BEM COMO O LIMITE DO CAPITAL SEGURADO CONTRATADA PARA CADA COBERTURA.

DEFINIÇÕES

1. Acidente Pessoal

É o Evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente total ou parcial do Segurado, observando-se o seguinte:

1.1. Incluem-se no conceito de Acidente Pessoal: a) o suicídio, ou a sua tentativa, desde que ocorrido após 2 (dois) anos da vigência inicial da apólice; b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto; c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; d) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

1.2. Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal: a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto; b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal, definido no item 1.1.

2. Aniversário do Seguro

É o dia em que se completa o tempo de um ou mais anos do início da Vigência do Seguro.

3. Apólice de Seguro ou Apólice

É o documento emitido pela Seguradora, que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Estipulante por meio da Proposta de Contratação.

4. Bagagem

São as malas, caixas, frascas, maletas e/ou pacotes dos Segurados exclusivamente objetos de uso pessoal, vestuário em geral (social ou esportivo), artigos de toalete e calçados, objetos adquiridos durante a viagem, desde que a guarda, durante o percurso da viagem indicado no bilhete de passagem, esteja sob a exclusiva responsabilidade da companhia transportadora, seja aérea, rodoviária ou marítima, mediante recebimento do comprovante de entrega.

5. Beneficiário

É a pessoa designada pelo Segurado para receber a Indenização deste Seguro no caso de Sinistro coberto.

6. Capital Segurado

É o valor máximo estipulado para cada uma das coberturas previstas nas Condições Especiais, vigente na data do Sinistro e que servirá de base para o cálculo da Indenização.

7. Certificado de Seguro

É o documento emitido pela Seguradora, que comprova a aceitação da Proposta de Adesão do Proponente.

8. Condições Contratuais

É o conjunto das disposições que regem este Seguro, compreendendo as disposições destas Condições Gerais, Especiais, Proposta de contratação, Contrato, Apólice, Proposta de Adesão e Certificado de Seguro.

9. Condições Gerais

É este conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem os direitos e obrigações das partes contratantes, bem como as características gerais do Seguro.

10. Contrato de Seguro

É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que especifica as coberturas contratadas, estabelece as peculiaridades da contratação do Seguro e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários, em caráter complementar às Condições Gerais e Especiais.

11. Corretor

É o profissional autônomo, pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e registrado na Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) para intermediar e promover Contratos de Seguro, conforme definido na Lei nº 4.594/1964 e no Decreto-Lei nº 73/1966.

12. Declaração Pessoal de Saúde

São as informações prestadas por escrito pelo Proponente na Proposta de Adesão, quando exigidas pela Seguradora, que dizem respeito às suas condições de saúde, quando for o caso, e que serão levadas em consideração pela Seguradora para avaliação do risco e reconhecimento de eventual Sinistro. O Proponente é inteiramente responsável pela veracidade dessas informações.

13. Doenças ou Lesões Preexistentes e suas Consequências

São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado antes da data de adesão

ao Seguro, que são de seu prévio conhecimento e que, se não forem informadas na Proposta de Adesão, não geram para o Segurado o direito à Indenização.

14. Doença Súbita e Aguda

É a doença de início súbito, não relacionada com ou decorrente de doença crônica ou Doença ou Lesão Pré-Existente.

15. Doença Crônica

É a doença de curso prolongado e evolução gradual dos sintomas, potencialmente incapacitante, que afeta de forma prolongada as funções psicológicas, fisiológicas ou anatômicas do Segurado.

16. Domicílio

É o endereço permanente do Segurado em território brasileiro, comercial ou residencial, informado quando da adesão ao Seguro.

17. Emergência

É a situação em que o Segurado necessita de atendimento imediato, por existir risco de morte.

18. Estipulante

É a pessoa jurídica que propõe a contratação do Seguro, ficando investida de poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora.

19. Evento

É toda e qualquer ocorrência passível de configurar o Risco Coberto previsto nestas Condições Gerais e Especiais.

20. Franquia

É o período de tempo durante o qual o Segurado ou o Beneficiário não terá direito à Indenização, contado a partir da comprovação do Evento.

21. Indenização

É o valor que a Seguradora paga ao Segurado, ou ao Beneficiário em caso de morte do Segurado, em decorrência de Sinistro coberto por este Seguro.

22. Meios Remotos

Aqueles que permitam a troca de e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologias tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras.

23. Período de Cobertura

É o intervalo de tempo, compreendido na Vigência do Seguro, durante o qual a ocorrência do Sinistro coberto gera para o Segurado, ou o Beneficiário conforme o caso, o direito à Indenização da(s) cobertura(s) prevista(s) nas Condições Especiais.

24. Prazo de Carência

É o período de tempo, corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da Vigência do

Seguro, durante o qual o Segurado e o Beneficiário, conforme o caso, não terão direito à garantia de Indenização da(s) cobertura(s) prevista(s) nas Condições Especiais.

25. Prêmio do Seguro ou Prêmio

É o valor pago pelo Segurado e/ou pelo Estipulante à Seguradora para custear este Seguro.

26. Proponente

É a pessoa física ou jurídica interessada em contratar ou aderir ao Seguro, que passará à condição de Segurado ou Estipulante uma vez aceita sua Proposta de Adesão / Contratação pela Seguradora.

27. Proposta de Adesão

É o documento preenchido e assinado pelo Proponente pessoa física ou por seu representante, por meio do qual expressa a sua intenção de aderir a este Seguro e faz sua Declaração Pessoal de Saúde, conforme o caso, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais do Seguro, e que é submetido à Seguradora para análise do risco.

28. Proposta de Contratação

É o documento preenchido e assinado pelo Proponente, pessoa jurídica, com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, por meio do qual ele expressa a sua intenção de contratar a(s) cobertura(s) deste Seguro, para o fim de garantir os interesses das pessoas físicas a ele vinculadas direta ou indiretamente.

29. Risco Coberto

É todo e qualquer Evento previsto nestas Condições Gerais e Especiais, cuja ocorrência no Período de Cobertura configura o Sinistro.

30. Riscos Excluídos

São os Eventos previstos nestas Condições Gerais e Especiais como riscos não cobertos pelo Seguro.

31. Seguradora

É a Bradesco Vida e Previdência S.A, registrada no CNPJ sob o número 051.990.695/0001-37, que assume os riscos inerentes às coberturas deste Seguro, nos termos destas Condições Gerais e Especiais.

32. Segurado

É a pessoa física sobre a qual se fará a avaliação do risco e se estabelecerá o Seguro.

33. Seguro

É este contrato, regido pelas Condições Contratuais, por meio do qual a Seguradora, mediante recebimento do Prêmio, obriga-se a garantir a(s) cobertura(s) contratada(s), pagando a Indenização ao Segurado, ou ao Beneficiário em caso de morte do Segurado, caso ocorra o Sinistro.

34. Sinistro

É a ocorrência do Risco Coberto, durante o Período de Cobertura, que gera para o Segurado, ou ao Beneficiário em caso de morte do Segurado, o direito ao recebimento da Indenização, atendidas as

disposições destas Condições Gerais.

35. Vigência do Seguro ou Vigência

É o período de tempo estabelecido para a duração do Seguro, abrangendo o Prazo de Carência e o Período de Cobertura.

ANEXOS CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURAS

ANEXO 1	Morte em Viagem
ANEXO 2	Morte Acidental em Viagem
ANEXO 3	Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidental em Viagem
ANEXO 4	Cancelamento Prévio de Viagem
ANEXO 5	Perda de Bagagem
ANEXO 6	Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas – Viagem Nacional
ANEXO 7	Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas em Viagem ao Exterior
ANEXO 8	Traslado de Corpo
ANEXO 9	Regresso Sanitário
ANEXO 10	Traslado Médico

ANEXO 01 – CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE EM VIAGEM

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta Cobertura tem por objetivo garantir ao Beneficiário o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do Capital Segurado contratado, em caso de morte do Segurado por causas naturais ou acidentais durante o período de viagem, observado o disposto nestas Condições Especiais.
- 1.2. Para os fins deste Seguro, só serão garantidas as coberturas para as viagens cujo deslocamento seja igual ou superior a 100 km (cem quilômetros) da residência permanente do Segurado.

2. Riscos Cobertos

Além dos casos de Acidente Pessoal, estão cobertos os riscos previstos nas Condições Gerais do Seguro.

3. Riscos Excluídos

Estão excluídos da cobertura de Morte os eventos previstos no Capítulo V das Condições Gerais do Seguro.

4. Indenização, Regulação e Liquidação do Sinistro

- 4.1. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da Morte do Segurado.
- 4.2. Os documentos básicos necessários para a Regulação e Liquidação do Sinistro são:
 - a) Certidão de Óbito (documento obtido com o Cartório);
 - b) Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial, no caso de morte acidental (documento obtido com a Delegacia de Polícia);
 - c) Laudo de Necrópsia ou Cadavérico, no caso de morte acidental (documento obtido com o Instituto Médico Legal – IML);
 - d) Laudo de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização (documento obtido com o Instituto Médico Legal – IML);
 - e) Laudo do Exame de dosagem Alcólica/Toxicológico, se o Segurado era condutor do veículo na ocasião do acidente ou Declaração do Instituto Médico Legal – IML ou órgão competente esclarecendo o motivo da não realização do exame;
 - f) Carteira Nacional de Habilitação se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente, seja ele terrestre, aéreo ou marítimo;
 - g) Comunicado de Acidente do Trabalho – CAT, se for o caso, devidamente protocolado pelo Instituto Nacional de Seguro Social (documento obtido com o empregador do Segurado);

- h) Documento de Identidade ou Certidão de Nascimento e CPF ou RIC do Segurado e do(s) Beneficiário(s), documentos dentro da validade;
- i) Certidão de Casamento atualizada quando o Beneficiário for o cônjuge e não tiver sido designado nominalmente (documento obtido com o Cartório) ou em caso de morte do cônjuge incluído no Seguro;
- j) comprovante de residência do(s) Beneficiário(s), tais como: contas de água, luz, telefone fixo, gás, IPVA, IPTU e IRPF emitidos com data não anterior a 3 (três) meses;
- k) Formulário de autorização para crédito de indenização em conta-corrente/poupança (documento fornecido pela Seguradora);
- l) Formulário de identificação de Pessoa Politicamente Exposta – PPE (documento fornecido pela Seguradora);
- m) Cópia das passagens completas e/ou comprovante do início da viagem validado pela agência de viagem ou empresa de transporte, se for o caso (documento obtido com a agência de viagem ou empresa de transporte);
- n) Cópia das faturas e recibos de pagamentos feitos à agência de viagem na qual os serviços foram contratados, se for o caso (documento obtido com a agência de viagem);
- o) cópia da sentença judicial declaratória de ausência, devidamente registrada no Cartório de Registro de Pessoas Naturais competente, em caso de morte presumida.

4.3. Quando não houver indicação de Beneficiário ou a indicação tiver sido feita de forma genérica, sem a exata identificação e individualização do mesmo, o Beneficiário deverá fornecer, além dos documentos básicos, Declaração de Herdeiros (formulário fornecido pela Seguradora).

4.4. Quando o Beneficiário for companheiro do Segurado, deverá fornecer, no lugar da Certidão de Casamento, 3 (três) documentos que comprovem a união estável, tais como Certidão de Nascimento do filho(s) em comum, Declaração de Imposto de Renda do Segurado na qual conste como dependente para fins do IR, Carta de Concessão de Pensão por Morte emitida pelo órgão previdenciário, comprovante de conta bancária conjunta.

4.5. Caso o Beneficiário não possua comprovante de residência em seu nome, deverá fornecer declaração informando que o Beneficiário reside naquele endereço, firmada pelo titular e por duas testemunhas.

4.6. Caso o Beneficiário seja menor de idade, seu responsável legal deverá apresentar Autorização para Crédito de Indenização ao beneficiário menor de idade, em conta poupança vinculada à maioridade (formulário fornecido pela Seguradora).

4.7. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares além dos documentos básicos listados nesta cláusula.

5. Disposições Gerais

5.1. Esta cobertura poderá ser combinada com qualquer (ou quaisquer) outra(s) Cobertura(s) deste Seguro, obedecidas as disposições das Condições Gerais do Seguro.

5.2. Esta cobertura poderá prever carência e/ou franquia, cujo prazo e condições constarão da Apólice e do Certificado Individual.

5.3. A Apólice e o Contrato de Seguro poderão dispor sobre restrições ou inclusões nos Riscos Cobertos, de comum acordo entre a Seguradora e o Estipulante.

5.4. Além das disposições destas Condições Especiais, aplicam-se à Cobertura de Morte todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro, sem prejuízo das disposições da Apólice, do Contrato, do Certificado Individual e da legislação e regulamentação em vigor.

ANEXO 2 – CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL EM VIAGEM

1. Objetivo da Cobertura

1.1. A Cobertura de Morte Acidental tem por objetivo garantir ao Beneficiário o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do Capital Segurado estipulado no Certificado de Seguro, caso ocorra a morte do Segurado em decorrência de Acidente Pessoal coberto, durante o período de viagem.

1.2. Para os fins deste Seguro, só serão garantidas as coberturas para as viagens cujo deslocamento seja igual ou superior a 100 km (cem quilômetros) da residência permanente do Segurado.

2. Riscos Cobertos

Além dos casos de Acidente Pessoal, estão cobertos os riscos previstos nas Condições Gerais do Seguro.

3. Riscos Excluídos

Estão excluídos da cobertura de morte acidental os riscos previstos no Capítulo V das Condições Gerais do Seguro como Riscos Excluídos.

4. Indenização, Regulação e Liquidação do Sinistro

4.1. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do Acidente Pessoal.

4.2. Os documentos básicos necessários para a Regulação e Liquidação do Sinistro são:

- a) Certidão de Óbito (documento obtido com o Cartório);
- b) Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial, no caso de morte acidental (documento obtido com a Delegacia de Polícia);
- c) Laudo de Necropsia ou Cadavérico, no caso de morte acidental (documento obtido com o Instituto Médico Legal – IML);
- d) Laudo de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização (documento obtido com o Instituto Médico Legal – IML);
- e) Laudo do Exame de dosagem Alcólica/Toxicológico, se o Segurado era condutor do veículo na ocasião do acidente ou Declaração do Instituto Médico Legal – IML ou órgão competente esclarecendo o motivo da não realização do exame;
- f) Carteira Nacional de Habilitação se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente, seja ele terrestre, aéreo ou marítimo;

- g) Comunicado de Acidente do Trabalho – CAT, se for o caso, devidamente protocolo pelo Instituto Nacional de Seguro Social (documento obtido com o empregador do Segurado);
- h) Documento de Identidade ou Certidão de Nascimento e CPF ou RIC do Segurado e do(s) Beneficiário(s), documentos dentro da validade;
- i) Certidão de Casamento atualizada quando o Beneficiário for o cônjuge e não tiver sido designado nominalmente (documento obtido com o Cartório) ou em caso de morte do cônjuge incluído no Seguro;
- j) comprovante de residência do(s) Beneficiário(s), tais como: contas de água, luz, telefone fixo, gás, IPVA, IPTU e IRPF emitidos com data não anterior a 3 (três) meses;
- k) Formulário de autorização para crédito de indenização em conta-corrente/poupança (documento fornecido pela Seguradora);
- l) Formulário de identificação de Pessoa Politicamente Exposta – PPE (documento fornecido pela Seguradora);
- m) Cópia das passagens completas e/ou comprovante do início da viagem validado pela agência de viagem ou empresa de transporte, se for o caso (documento obtido com a agência de viagem ou empresa de transporte);
- n) Cópia das faturas e recibos de pagamentos feitos à agência de viagem na qual os serviços foram contratados, se for o caso (documento obtido com a agência de viagem);
- o) cópia da sentença judicial declaratória de ausência, devidamente registrada no Cartório de Registro de Pessoas Naturais competente, em caso de morte presumida.

4.3. Quando não houver indicação de Beneficiário ou a indicação tiver sido feita de forma genérica, sem a exata identificação e individualização do mesmo, o Beneficiário deverá fornecer, além dos documentos básicos, Declaração de Herdeiros (formulário fornecido pela Seguradora).

4.4. Quando o Beneficiário for companheiro do Segurado, deverá fornecer, no lugar da Certidão de Casamento, 3 (três) documentos que comprovem a união estável, tais como Certidão de Nascimento do filho(s) em comum, Declaração de Imposto de Renda do Segurado na qual conste como dependente para fins do IR, Carta de Concessão de Pensão por Morte emitida pelo órgão previdenciário, comprovante de conta bancária conjunta.

4.5. Caso o Beneficiário não possua comprovante de residência em seu nome, deverá fornecer declaração informando que o Beneficiário reside naquele endereço, firmada pelo titular e por duas testemunhas.

4.6. Caso o Beneficiário seja menor de idade, seu responsável legal deverá apresentar Autorização para Crédito de Indenização ao beneficiário menor de idade, em conta poupança vinculada à maioridade (formulário fornecido pela Seguradora).

4.7. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares além dos documentos básicos listados nesta cláusula.

5. Disposições Gerais

5.1. Esta cobertura poderá ser combinada com qualquer (ou quaisquer) outra(s) Cobertura(s) deste Seguro, obedecidas as disposições das Condições Gerais do Seguro.

5.2. A Apólice e o Contrato de Seguro poderão dispor sobre restrições ou inclusões nos Riscos Cobertos, de comum acordo entre a Seguradora e o Estipulante.

5.3. Além das disposições destas Condições Especiais, aplicam-se à Cobertura de Morte Acidental todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro, sem prejuízo das disposições da Apólice, do Contrato, do Certificado Individual e da legislação e regulamentação em vigor.

ANEXO 3 – CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE EM VIAGEM

1. Objetivo da Cobertura

1.1. A cobertura de Invalidez Permanente por Acidente em Viagem tem por objetivo garantir o pagamento de uma Indenização ao Segurado correspondente a um percentual do Capital Segurado relativo à Cobertura de Morte ou Morte Acidental, caso ocorra a invalidez permanente total ou parcial do Segurado por causas exclusivamente acidentais durante o período de viagem.

1.2. A Invalidez deve ser constatada, avaliada e declarada quando da alta médica definitiva, após a conclusão do tratamento ou após esgotados os recursos terapêuticos disponíveis, inclusive o tratamento fisioterápico de recuperação funcional, com alta médica, e seja definitivo o caráter de invalidez.

1.3. O percentual para apuração da Indenização será determinado de acordo com a seguinte tabela:

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre o Capital Segurado de Morte ou Morte Acidental
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
Parcial Diversas	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não-consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Parcial Membros Superiores	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não-consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não-consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre o Capital Segurado de Morte ou Morte Acidental
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Parcial Membros Inferiores	Perda total do uso de um dos pés
Fratura não-consolidada de um fêmur		50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros		25
Fratura não-consolidada da rótula		20
Fratura não-consolidada de um pé		20
Anquilose total de um dos joelhos		20
Anquilose total de um dos tornozelos		20
Anquilose total de um quadril		20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé		25
Amputação do 1º (primeiro) dedo		10
Amputação de qualquer outro dedo		3
Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo		
Encurtamento de um dos membros inferiores:		
– de 5 (cinco) centímetros ou mais		15
– de 4 (quatro) centímetros		10
– de 3 (três) centímetros		6
– menos de 3 (três) centímetros		sem indenização

1.4. Configuram a Invalidez Permanente a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por Acidente Pessoal coberto, atestada por declaração médica.

1.5. A perda, redução ou impotência funcional de um membro ou órgão, antes do início de Vigência do Seguro, não dará direito à Indenização.

1.6. Depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, se verificada a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada essa cobertura.

1.7. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a Indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista na Tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação de um determinado percentual de redução para os casos das articulações, e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a Indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento). A rigidez caracteriza os 100% (cem por cento) da perda funcional da articulação.

1.8. Nos casos não especificados nestas Condições Especiais, a Indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

1.9. Quando do mesmo acidente em viagem resultar a Invalidez Permanente de mais de um membro ou órgão, a Indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à Indenização prevista para a sua perda total.

1.10. Para efeito do cálculo da Indenização, a perda ou a maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do Acidente Pessoal ocorrido durante o Período de Cobertura deste Seguro deverá ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

1.11. Para os fins deste Seguro, só serão garantidas as coberturas para as viagens cujo deslocamento seja igual ou superior a 100 km (cem quilômetros) da residência permanente do Segurado.

2. Riscos Cobertos

Além dos casos de Acidente Pessoal, estão cobertos os riscos previstos nas Condições Gerais do Seguro.

3. Riscos Excluídos

3.1.1. Estão excluídos da cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente os riscos previstos no Capítulo V das Condições Gerais.

3.1.2. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente para fins deste Seguro.

4. Indenização, Regulação e Liquidação do Sinistro

4.1. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do Acidente Pessoal.

4.2. Os documentos básicos necessários para a Regulação e Liquidação do Sinistro são:

- a) Aviso de Alta Médica (formulário fornecido pela Seguradora);
- b) Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
- c) Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial (documento obtido com a Delegacia de Policia);
- d) Radiografia do membro atingido, conforme o caso;
- e) Comunicação de Acidente do Trabalho – CAT, se for o caso, devidamente protocolo pelo Instituto Nacional de Seguro Social (documento obtido com o empregador do Segurado);
- f) Carteira Nacional de Habilitação se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente, seja ele terrestre, aéreo ou marítimo;
- g) Documento de Identidade ou Certidão de Nascimento e CPF ou RIC do Segurado, documentos dentro da validade;
- h) comprovante de residência do Segurado, tais como: contas de água, luz, telefone fixo, gás, IPVA, IPTU e IRPF emitidos com data não anterior a 3 (três) meses;
- i) Formulário de autorização para crédito de indenização em conta-corrente/poupança (documento fornecido pela Seguradora);
- j) Formulário de identificação de Pessoa Politicamente Exposta – PPE (documento fornecido pela Seguradora);
- k) Cópia das passagens completas e/ou comprovante do início da viagem validado pela agência de viagem ou empresa de transporte, se for o caso (documento obtido com a agência de viagem ou empresa de transporte);
- l) Cópia das faturas e recibos de pagamentos feitos à agencia de viagem na qual os serviços foram contratados, se for o caso (documento obtido com a agencia de viagem).

4.3. Quando tratar-se de cônjuge incluído no Seguro, deverá fornecer cópia da Certidão de Casamento ou, se companheiro, 3 (três) documentos que comprovem a união estável, tais como Certidão de Nascimento do filho(s) em comum, Declaração de Imposto de Renda do Segurado Principal na qual conste como dependente para fins do IR, Carta de Concessão de Pensão por Morte emitida pelo órgão previdenciário, comprovante de conta bancária conjunta.

4.4. Caso o Segurado não possua comprovante de residência em seu nome, deverá fornecer declaração informando que reside naquele endereço, firmada pelo titular e por duas testemunhas.

4.5. Caso o Segurado seja menor de idade, seu responsável legal deverá apresentar Autorização para Crédito de Indenização ao beneficiário menor de idade, em conta poupança vinculada à maioridade (formulário fornecido pela Seguradora).

4.6. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares além dos documentos básicos listados nesta cláusula.

5. Disposições Gerais

5.1. Esta cobertura poderá ser combinada com qualquer (ou quaisquer) outra(s) Cobertura(s) deste Seguro, obedecidas as disposições das Condições Gerais do Seguro.

5.2. A Apólice e o Contrato de Seguro poderão dispor sobre restrições ou inclusões nos Riscos Cobertos, de comum acordo entre a Seguradora e o Estipulante.

5.3. Além das disposições destas Condições Especiais, aplicam-se à Cobertura de Invalidez Permanente total ou parcial por Acidente todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro, sem prejuízo das disposições da Apólice, do Contrato, do Certificado Individual e da legislação e regulamentação em vigor.

ANEXO 4 – CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE CANCELAMENTO PRÉVIO DE VIAGEM

1. Objetivo da Cobertura

1.1. A Cobertura de Cancelamento Prévio de Viagens tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de indenização, até o limite do Capital Segurado, das despesas não reembolsáveis com a aquisição de pacotes turísticos e/ou serviços de viagens, como transporte e hospedagem, realizadas entre a aquisição do pacote ou serviço e a efetiva saída do segurado da cidade ou país de domicílio, quando da ocorrência de evento coberto que impeça o Segurado de viajar.

1.2 Para os fins deste Seguro, só serão garantidas as coberturas para as viagens cujo deslocamento seja igual ou superior a 100 km (cem quilômetros) da residência permanente do Segurado.

2. Riscos Cobertos

A cobertura de Cancelamento Prévio de Viagem somente será garantida nos casos em que o cancelamento da viagem for decorrente dos seguintes eventos, ocorridos durante o Período de Cobertura:

- a) Morte do segurado;
- b) Acidente pessoal ou enfermidade súbita e aguda do Segurado em que haja intervenção médica hospitalar que impossibilite o início de sua viagem; e
- c) Morte do cônjuge, pais, irmãos ou filhos do Segurado.

3. Riscos Excluídos

Além dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo V das Condições Gerais do Seguro, estão excluídos da cobertura de Cancelamento Prévio de Viagem:

- a) cirurgias plásticas e suas consequências em geral, incluindo as decorrentes de problemas congênitos, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na Vigência do Seguro, bem como aquelas reparadoras de lesões decorrentes de intervenção cirúrgica para tratamento de neoplasias malignas;**
- b) tratamentos estéticos e para obesidade, de qualquer modalidade, bem como cirurgias e períodos de convalescença a eles relacionados;**
- c) hospitalizações para exames físicos ou clínicos de rotina ou qualquer outro exame que não se faça necessário em razão de alterações da saúde normal do segurado;**
- d) hospitalizações quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;**

- e) tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer Eventos relacionados ao uso ou dependência de álcool ou drogas;**
- f) tratamentos clínicos ou intervenções cirúrgicas contrários aos códigos de ética médica e/ou odontológica em vigor;**
- g) tratamento de senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença ou emagrecimento estético;**
- h) tratamento odontológico e ortodôntico, mesmo que em consequência de Acidente Pessoal;**
- i) tratamentos de doenças ou lesões físicas originadas em consequência de calamidade pública, conflitos, tumultos, revoluções, Eventos sísmicos, catástrofes, envenenamentos coletivos ou epidemias; e**
- j) quaisquer tratamentos decorrentes de doenças psiquiátricas;**
- k) internações hospitalares em instituição para atendimento de deficientes mentais ou departamento psiquiátrico de hospital;**
- l) internações em local para idosos, casas de descanso, repouso, asilos e assemelhados;**
- m) internações em clínicas, unidade de saúde de hospital, instituição de saúde ou qualquer outro local para recuperação de viciados em álcool ou drogas;**
- n) internações ou estadias em instituições de saúde hidroterápica, clínica de métodos curativos naturais ou casas de saúde para convalescentes;**
- o) internações ou estadias em clínicas de emagrecimento e SPA.**

4. Indenização, Regulação e Liquidação do Sinistro

4.1. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da morte ou Acidente Pessoal, conforme o caso.

4.2. Os documentos básicos necessários para a Regulação e Liquidação do Sinistro são:

- a) documentação médica completa, incluindo laudos, declarações e exames que atestam o Acidente Pessoal ou doença que impossibilitou a viagem;
- b) Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial (documento obtido com a Delegacia de Policia);
- c) Certidão de óbito, se for o caso (documento obtido com o Cartório);
- d) Cópia das passagens completas e/ou comprovante do início da viagem validado pela agência de viagem ou empresa de transporte, se for o caso (documento obtido com a agência de viagem ou empresa de transporte);

- n) Cópia das faturas e recibos de pagamentos feitos à agência de viagem na qual os serviços foram contratados, se for o caso (documento obtido com a agência de viagem);
- e) declarações e recibos de pagamento emitidos pela agência ou operador de viagens na qual os serviços foram contratados, discriminando as penalidades, multas e/ou impostos retidos ou pagos pelo Segurado em virtude do cancelamento da viagem (documentos obtidos com a agência de viagem)
- g) Comprovante de parentesco no caso de morte, acidente ou doença com o cônjuge, filhos, pais ou irmãos do Segurado;
- h) Documento de Identidade ou Certidão de Nascimento e CPF ou RIC do Segurado, documentos dentro da validade;
- i) comprovante de residência do Segurado, tais como: contas de água, luz, telefone fixo, gás, IPVA, IPTU e IRPF emitidos com data não anterior a 3 (três) meses;
- j) Formulário de autorização para crédito de indenização em conta-corrente/poupança (documento fornecido pela Seguradora);
- k) Formulário de identificação de Pessoa Politicamente Exposta – PPE (documento fornecido pela Seguradora);

4.3. Quando tratar-se de cônjuge incluído no Seguro, deverá fornecer cópia da Certidão de Casamento ou, se companheiro, 3 (três) documentos que comprovem a união estável, tais como Certidão de Nascimento do filho(s) em comum, Declaração de Imposto de Renda do Segurado Principal na qual conste como dependente para fins do IR, Carta de Concessão de Pensão por Morte emitida pelo órgão previdenciário, comprovante de conta bancária conjunta.

4.4. Caso o Segurado não possua comprovante de residência em seu nome, deverá fornecer declaração informando que reside naquele endereço, firmada pelo titular e por duas testemunhas.

4.5. Caso o Segurado seja menor de idade, seu responsável legal deverá apresentar Autorização para Crédito de Indenização ao beneficiário menor de idade, em conta poupança vinculada à maioridade (formulário fornecido pela Seguradora).

4.6. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares além dos documentos básicos listados nesta cláusula.

5. Disposições Gerais

5.1. Esta cobertura poderá ser combinada com qualquer (ou quaisquer) outra(s) Cobertura(s) deste Seguro, obedecidas as disposições das Condições Gerais do Seguro.

5.2. Esta cobertura poderá prever carência e/ou franquia, cujo prazo e condições constarão da Apólice e do Certificado Individual.

5.3. A Apólice e o Contrato de Seguro poderão dispor sobre restrições ou inclusões nos Riscos Cobertos, de comum acordo entre a Seguradora e o Estipulante.

5.4. Além das disposições destas Condições Especiais, aplicam-se à Cobertura de Cancelamento Prévio de Viagem todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro, sem prejuízo das disposições da Apólice, do Contrato, do Certificado Individual e da legislação e regulamentação em vigor.

ANEXO 5 – CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE PERDA DE BAGAGEM

1. Objetivo da Cobertura

1.1. A Cobertura de Perda de Bagagem tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de uma Indenização até o limite do Capital Segurado, caso ocorra a perda, extravio, furto, roubo, dano ou destruição devidamente comprovados da Bagagem do Segurado durante o Período de Cobertura.

1.2. Para que a indenização seja paga, é imprescindível que a companhia transportadora regular tenha assumido a sua responsabilidade pela perda das bagagens.

1.3. A bagagem deverá ter sido devidamente acondicionada, de acordo com as características específicas de cada bem nela contido.

1.4. Para os fins deste Seguro, só serão garantidas as coberturas para as viagens cujo deslocamento seja igual ou superior a 100 km (cem quilômetros) da residência permanente do Segurado.

2. Riscos Cobertos

2.1. Está expressamente coberta a perda de bagagem nas seguintes situações:

a) a guarda da bagagem, durante o percurso da viagem indicado no bilhete de passagem, esteja sob a exclusiva responsabilidade da companhia transportadora, seja aérea, rodoferroviária ou marítima, mediante recebimento do comprovante de entrega;

b) bagagem devidamente acondicionada de acordo com as características específicas de cada bem nela contido;

c) perda, roubo, furto, extravio ou dano da bagagem ocorrido entre o momento que a bagagem é deixada sob responsabilidade da companhia transportadora e o momento em que a mesma é restituída ao segurado, ao final da viagem;

d) perda, roubo, furto, extravio ou dano da bagagem tenha sido admitido e assumido pela companhia transportadora regular; e

e) perda, roubo, furto ou extravio da bagagem tenha sido comunicada à companhia transportadora imediatamente à sua constatação e nas dependências da companhia transportadora, mediante formulário “Property Irregularity Report” (P.I.R).

3. Riscos Excluídos

Além dos eventos previstos no Capítulo V das Condições Gerais, configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Perda de Bagagem:

a) depreciação e deterioração normal de objetos;

b) danos decorrentes de confisco, apreensão ou destruição por ordem de autoridade competente;

c) danos a óculos, peles, relógios, títulos, apólices;

d) dinheiro de qualquer espécie, cheques, títulos de crédito e quaisquer outros papéis que representem valores, bem como valor estimado de qualquer bem integrante do patrimônio do segurado; e

e) perdas ocorridas com o Segurado enquanto operador ou membro da tripulação do meio de transporte em que ocorrer o Evento Coberto.

4. Indenização, Regulação e Liquidação do Sinistro

4.1. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da perda da Bagagem.

4.2. A Apólice poderá estabelecer o valor do Capital Segurado em função do peso da bagagem. Nesse caso, não sendo possível comprovar o peso da bagagem, a indenização ficará limitada ao valor do Capital Segurado estabelecido no Certificado de Seguro.

4.3. Os documentos básicos necessários para a Regulação e Liquidação do Sinistro são:

a) Formulário Property Irregularity Report – P.I.R (documento obtido com a transportadora);

b) Comprovante da comunicação imediata (por escrito) da perda da bagagem à companhia transportadora (documento obtido com a companhia transportadora);

c) comprovante de ressarcimento/recibo de indenização da companhia transportadora pela perda ou extravio da bagagem devidamente assinado pelo Segurado (documento obtido com a companhia transportadora), se houver;

d) comprovante do peso da bagagem (documento obtido com a companhia transportadora), quando for o caso;

e) Atestado da companhia transportadora ou de qualquer órgão de administração do porto, aeroporto ou estação ferroviária ou, ainda, Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial (documento obtido com a Delegacia de Polícia) atestando o Evento Coberto;

f) Cópia das passagens completas e/ou comprovante do início da viagem validado pela agência de viagem ou empresa de transporte, se for o caso (documento obtido com a agência de viagem ou empresa de transporte);

g) Documento de Identidade ou Certidão de Nascimento e CPF ou RIC do Segurado, documentos dentro da validade;

h) comprovante de residência do Segurado, tais como: contas de água, luz, telefone fixo, gás, IPVA, IPTU e IRPF emitidos com data não anterior a 3 (três) meses;

i) Formulário de autorização para crédito de indenização em conta-corrente/poupança (documento fornecido pela Seguradora);

j) Formulário de identificação de Pessoa Politicamente Exposta – PPE (documento fornecido pela Seguradora);

4.4. Caso o Segurado não possua comprovante de residência em seu nome, deverá fornecer declaração informando que reside naquele endereço, firmada pelo titular e por duas testemunhas.

4.5. Caso o Segurado seja menor de idade, seu responsável legal deverá apresentar Autorização para Crédito de Indenização ao beneficiário menor de idade, em conta poupança vinculada à maioria (formulário fornecido pela Seguradora).

4.6. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares além dos documentos básicos listados nesta cláusula.

5. Disposições Gerais

5.1. Esta cobertura poderá ser combinada com qualquer (ou quaisquer) outra(s) Cobertura(s) deste Seguro, obedecidas as disposições das Condições Gerais do Seguro.

5.2. Esta cobertura poderá prever carência e/ou franquia, cujo prazo e condições constarão da Apólice e do Certificado Individual.

5.3. A Apólice e o Contrato de Seguro poderão dispor sobre restrições ou inclusões nos Riscos Cobertos, de comum acordo entre a Seguradora e o Estipulante.

5.4. Além das disposições destas Condições Especiais, aplicam-se à Cobertura de Perda de Bagagem todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro, sem prejuízo das disposições da Apólice, do Contrato, do Certificado Individual e da legislação e regulamentação em vigor.

ANEXO 6 – CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS - VIAGEM NACIONAL

1. Objetivo da Cobertura

- 1.1. A Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas – Nacional tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de reembolso, até o limite do Capital Segurado, das despesas médicas, hospitalares e odontológicas devidamente comprovadas pelo Segurado, em decorrência de Acidente Pessoal coberto ou enfermidade súbita e aguda, iniciado nos primeiros 30 (trinta) dias contados do Acidente Pessoal ou da enfermidade, conforme o caso.
- 1.2. **Esta Cobertura não oferece nem assegura tratamento ou atendimento médico ou vaga em hospital, cabendo ao Segurado ou seu representante a livre escolha das instituições e prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.**
- 1.3. **Para os fins deste Seguro, só serão garantidas as coberturas para as viagens cujo deslocamento seja igual ou superior a 100 km (cem quilômetros) da residência permanente do Segurado.**

2. Riscos Cobertos

Além dos casos de Acidente Pessoal, constatada a saída do Segurado de sua cidade de domicílio, estão cobertos os riscos previstos nas Condições Gerais do Seguro e, adicionalmente:

- a) episódios de crise ocasionados por Doença ou Lesão Pré-Existente e Suas Consequências, exclusivamente quando gerar quadro clínico de emergência ou urgência;
- b) despesas relacionadas à estabilização do quadro clínico do Segurado que lhe permita continuar a viagem ou retornar ao local de sua residência;
- c) as despesas incorridas com a aquisição, durante o Período de Cobertura, de medicamentos previstos por médico legalmente habilitado e responsável pelo atendimento médico, hospitalar ou odontológico do Segurado;
- d) as despesas incorridas com consulta a odontologista (dentista) durante o Período de Cobertura, em decorrência de situação emergencial, crítica, incidental e imprevista, com ocorrência de perigo, em decorrência de dor, infecção ou trauma do Segurado;
- e) despesas médicas havidas em situação crítica, incidental e imprevista, com ocorrência de perigo, em decorrência de Acidente Pessoal coberto ou enfermidade súbita e aguda que exija imediata intervenção médica ou cirúrgica, abrangendo os seguintes procedimentos:
 - e.1) despesas com profissionais da área médica;
 - e.2) internação hospitalar;
 - e.3) extensão de internação hospitalar;
 - e.4) exames médicos complementares para o esclarecimento diagnóstico da enfermidade;

- e.5) serviços de enfermagem;
- e.6) medicamentos utilizados no tratamento hospitalar relacionado ao risco coberto;
- e.7) consulta com especialistas.

2.1.1. Para fins desta Cobertura, considera-se “emergência”, a situação onde o Segurado necessita de atendimento imediato, pois existe risco de morte e “urgência”, a situação onde o Segurado necessita de atendimento, não caracterizado como de emergência, podendo aguardar o atendimento de casos emergenciais.

3. Riscos Excluídos

Além dos eventos previstos no Capítulo V das Condições Gerais do Seguro como Riscos Excluídos, estão excluídos da cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas – Nacional as despesas incorridas com:

- a) estados de convalescença (após a alta médica);**
- b) despesas efetuadas com acompanhantes do Segurado;**
- c) órteses de qualquer natureza, próteses de caráter permanente e acessório, bem como as próteses pela perda de dentes naturais;**
- d) qualquer despesa incorrida durante viagem para local situado a menos de 100 km da residência permanente do Segurado;**
- e) qualquer despesa incorrida durante viagem iniciada antes da adesão ao Seguro;**
- f) qualquer despesa incorrida por Segurado não domiciliado no Brasil;**
- g) intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico legalmente habilitado;**
- h) internações hospitalares para investigação diagnóstica e/ou avaliação do estado de sanidade (*check up*);**
- i) internações ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos quando não decorrentes de Acidente Pessoal coberto;**
- j) tratamento de doenças mentais ou psiquiátricas;**
- k) perda de dentes;**
- l) tratamentos estéticos ou rejuvenescedores de qualquer tipo;**
- m) cirurgias plásticas e despesas com compra de prótese, confecção de óculos e lentes de contato, exceto as despesas com cirurgias pós-acidentais que sejam necessárias para**

restabelecimento do Segurado e as despesas com reparos ou substituição de próteses odontológicas danificadas em Acidente Pessoal;

n) continuidade e controle de tratamentos iniciados antes da adesão ao Seguro e lesões e danos causados por Acidente Pessoal ocorrido antes da adesão ao Seguro;

o) eventos não decorrentes de Acidente Pessoal ou enfermidade súbita e aguda;

p) consequências e complicações decorrentes de qualquer inobservância de prescrição médica feito pelo médico habitual do domicílio do Segurado;

q) qualquer tipo de “check-up” médico, controle clínico e/ou laboratorial e/ou radiológico de caráter não emergencial, atos médicos eletivos, explorações clínicas e/ou cirúrgicas, intervenções ou tratamentos de ordem estética;

r) Doenças e Lesões Pré-existentes e suas Consequências, exceto quando da mesma resultar quadro clínico de emergência ou urgência;

s) síndromes compressivas nervosas, exceto as de caráter agudo, diagnosticadas por médico habilitado;

t) fraturas patológicas quando não decorrentes de enfermidade súbita e aguda ou quadro clínico de urgência e emergência;

u) lesões ou doenças que não exijam atendimento médico;

v) automutilação;

x) todos os gastos ocasionados para diagnóstico de gravidez, exames pré-natal, partos, interrupção de gravidez e/ou complicações decorrentes dela;

w) suicídio ou sua tentativa, desde que ocorrido nos primeiros dois anos de vigência do Seguro; e

y) dano moral, dano estético e indenizações punitivas.

4. Indenização, Regulação e Liquidação do Sinistro

4.1. Para a apuração do valor do reembolso será considerado o valor do Capital Segurado estabelecido em moeda nacional ou estrangeira, quando for o caso, cujo valor será convertido e atualizado monetariamente com base no câmbio oficial de venda na data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado.

4.2. Os documentos básicos necessários para a Regulação e Liquidação do Sinistro são:

a) Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);

- b) Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso (documento obtido com a Delegacia de Polícia);
- c) Comunicado de Acidente do Trabalho – CAT, se for o caso, devidamente protocolo pelo Instituto Nacional de Seguro Social (documento obtido com o empregador do Segurado);
- d) Carteira Nacional de Habilitação se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente, seja ele terrestre, aéreo ou marítimo;
- e) Documento de Identidade ou Certidão de Nascimento e CPF ou RIC do Segurado, documentos dentro da validade;
- f) comprovante de residência do Segurado, tais como: contas de água, luz, telefone fixo, gás, IPVA, IPTU e IRPF emitidos com data não anterior a 3 (três) meses;
- g) Relatório médico do atendimento, se for caso de enfermidade, em papel com timbre da clínica ou hospital e carimbo do médico;
- h) Relatório do hospital ou clínica detalhando materiais e serviços realizados bem como o valor dos mesmos (documento fornecido pelo hospital onde o Segurado foi atendido), em papel com timbre da clínica ou hospital e carimbo do médico;
- i) Solicitação de exames médicos e fisioterápicos (documento obtido com o médico);
- j) Receita Médica e Prescrição Médica, quando houver a compra de medicamentos;
- k) Notas fiscais e recibos originais;
- l) Documento de Identidade e CPF ou RIC e/ou CNPJ do responsável pelo pagamento das despesas médicas, hospitalares ou odontológicas, documentos dentro da validade;
- m) Formulário de autorização para crédito de indenização em conta-corrente/poupança (documento fornecido pela Seguradora);
- n) Formulário de identificação de Pessoa Politicamente Exposta – PPE (documento fornecido pela Seguradora);
- o) Cópia das passagens completas e/ou comprovante do início da viagem validado pela agência de viagem ou empresa de transporte, se for o caso (documento obtido com a agência de viagem ou empresa de transporte);
- p) Cópia das faturas e recibos de pagamentos feitos à agência de viagem na qual os serviços foram contratados, se for o caso (documento obtido com a agência de viagem).

4.3. Caso o Segurado não possua comprovante de residência em seu nome, deverá fornecer declaração informando que o Segurado reside naquele endereço, firmada pelo titular e por duas testemunhas.

4.4. Caso o Segurado seja menor de idade, seu responsável legal deverá apresentar o Formulário de Autorização para Crédito de Indenização ao Segurado menor de idade, em conta-poupança de movimentação vinculada à maioridade (documento fornecido pela Seguradora).

4.5. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares além dos documentos básicos listados nesta cláusula.

5. Disposições Gerais

5.1. Se o Segurado possuir mais de uma apólice, nesta ou em outra seguradora, deverá comunicar no ato da assinatura da proposta, garantindo o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas. O valor do reembolso efetuado pela Seguradora corresponderá à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados para cada cobertura em todas as apólices em vigor na data do Sinistro.

5.2. O reembolso por despesas médicas, hospitalares e odontológicas é cumulativo com qualquer outra Indenização de cobertura eventualmente contratada.

5.3. Esta cobertura poderá ser combinada com qualquer (ou quaisquer) outra(s) Cobertura(s) deste Seguro, obedecidas as disposições das Condições Gerais do Seguro.

5.3.1. Quando contratada esta Cobertura, deverá ser contratada, obrigatoriamente, a Cobertura de Traslado Médico.

5.4. Esta cobertura poderá prever carência e/ou franquia, cujo prazo e condições constarão da Apólice e do Certificado Individual.

5.5. A Apólice e o Contrato de Seguro poderão dispor sobre restrições ou inclusões nos Riscos Cobertos, de comum acordo entre a Seguradora e o Estipulante.

5.6. Além das disposições destas Condições Especiais, aplicam-se à Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas - Nacional todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro, sem prejuízo das disposições da Apólice, do Contrato, do Certificado Individual e da legislação e regulamentação em vigor.

ANEXO 7 – CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS EM VIAGEM AO EXTERIOR

1. Objetivo da Cobertura

1.1. A Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas – Internacional tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de reembolso, até o limite do Capital Segurado, das despesas médicas, hospitalares e odontológicas devidamente comprovadas pelo Segurado, para seu tratamento sob orientação médica, ocasionado por Acidente Pessoal ou enfermidade súbita e aguda e iniciados nos primeiros 30 (trinta) dias contados do Acidente Pessoal coberto ou da enfermidade, conforme o caso.

1.2. Esta Cobertura não oferece nem assegura tratamento ou atendimento médico ou vaga em hospital, cabendo ao Segurado ou seu representante a livre escolha das instituições e prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

1.3. Para os fins deste Seguro, só serão garantidas as coberturas para as viagens cujo deslocamento seja igual ou superior a 100 km (cem quilômetros) da residência permanente do Segurado.

2. Riscos Cobertos

Além dos casos de Acidente Pessoal, constatada a saída do Segurado de sua cidade de domicílio, estão cobertos os riscos previstos nas Condições Gerais do Seguro e, adicionalmente:

- a) episódios de crise ocasionados por Doença ou Lesão Pré-Existente e Suas Consequências, exclusivamente quando gerar quadro clínico de emergência ou urgência;
- b) despesas relacionadas à estabilização do quadro clínico do Segurado que lhe permita continuar a viagem ou retornar ao local de sua residência;
- c) as despesas incorridas com a aquisição, durante o Período de Cobertura, de medicamentos previstos por médico legalmente habilitado e responsável pelo atendimento médico, hospitalar ou odontológico do Segurado;
- d) as despesas incorridas com consulta a odontologista (dentista) durante o Período de Cobertura, em decorrência de situação emergencial, crítica, incidental e imprevista, com ocorrência de perigo, em decorrência de dor, infecção ou trauma do Segurado;
- e) despesas médicas havidas em situação crítica, incidental e imprevista, com ocorrência de perigo, em decorrência de Acidente Pessoal coberto ou enfermidade súbita e aguda que exija imediata intervenção médica ou cirúrgica, abrangendo os seguintes procedimentos:
 - e.1) despesas com profissionais da área médica;
 - e.2) internação hospitalar;
 - e.3) extensão de internação hospitalar;

- e.4) exames médicos complementares para o esclarecimento diagnóstico da enfermidade;
- e.5) serviços de enfermagem;
- e.6) medicamentos utilizados no tratamento hospitalar relacionado ao risco coberto;
- e.7) consulta com especialistas.

2.1.1. Para fins desta Cobertura, considera-se “emergência”, a situação onde o Segurado necessita de atendimento imediato, pois existe risco de morte e “urgência”, a situação onde o Segurado necessita de atendimento, não caracterizado como de emergência, podendo aguardar o atendimento de casos emergenciais.

3. Riscos Excluídos

Além dos eventos previstos no Capítulo V das Condições Gerais do Seguro como Riscos Excluídos, estão excluídos da cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas – Nacional as despesas incorridas com:

- a) estados de convalescença (após a alta médica);**
- b) despesas efetuadas com acompanhantes do Segurado;**
- c) órteses de qualquer natureza, próteses de caráter permanente e acessório bem como as próteses pela perda de dentes naturais;**
- d) qualquer despesa incorrida durante viagem para local situado a menos de 100 km da residência permanente do Segurado;**
- e) qualquer despesa incorrida durante viagem iniciada antes da adesão ao Seguro;**
- f) qualquer despesa incorrida por Segurado não domiciliado no Brasil;**
- g) intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico legalmente habilitado;**
- h) internações hospitalares para investigação diagnóstica e/ou avaliação do estado de sanidade (*check up*);**
- i) internações ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos quando não decorrentes de Acidente Pessoal coberto;**
- j) tratamento de doenças mentais ou psiquiátricas;**
- k) perda de dentes;**
- l) tratamentos estéticos ou rejuvenescedores de qualquer tipo;**
- m) cirurgias plásticas e despesas com compra de prótese, confecção de óculos e lentes de contato, exceto as despesas com cirurgias pós-acidentais que sejam necessárias para**

restabelecimento do Segurado e as despesas com reparos ou substituição de próteses odontológicas danificadas em Acidente Pessoal;

n) continuidade e controle de tratamentos iniciados antes da adesão ao Seguro e lesões e danos causados por Acidente Pessoal ocorrido antes da adesão ao Seguro;

o) eventos não decorrentes de Acidente Pessoal ou enfermidade súbita e aguda;

p) consequências e complicações decorrentes de qualquer inobservância de prescrição médica feito pelo médico habitual do domicílio do Segurado;

q) qualquer tipo de “check-up” médico, controle clínico e/ou laboratorial e/ou radiológico de caráter não emergencial, atos médicos eletivos, explorações clínicas e/ou cirúrgicas, intervenções ou tratamentos de ordem estética;

r) Doenças e Lesões Pré-existentes e suas Consequências, exceto quando da mesma resultar quadro clínico de emergência ou urgência;

s) síndromes compressivas nervosas, exceto as de caráter agudo, diagnosticadas por médico habilitado;

t) fraturas patológicas quando não decorrentes de enfermidade súbita e aguda ou quadro clínico de urgência e emergência;

u) lesões ou doenças que não exijam atendimento médico;

v) automutilação;

x) todos os gastos ocasionados para o diagnóstico de gravidez, exames pré-natal, partos, interrupção de gravidez e/ou complicações decorrentes dela;

w) suicídio ou sua tentativa, desde que ocorrido nos primeiros dois anos de vigência do Seguro; e

y) dano moral, dano estético e indenizações punitivas.

4. Indenização, Regulação e Liquidação do Sinistro

4.1. Para a apuração do valor do reembolso será considerado o valor do Capital Segurado estabelecido em moeda nacional ou estrangeira, quando for o caso, cujo valor será convertido e atualizado monetariamente com base no câmbio oficial de venda na data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado.

4.2. Os documentos básicos necessários para a Regulação e Liquidação do Sinistro são:

a) Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);

- b) Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso (documento obtido com a Delegacia de Polícia);
- c) Comunicado de Acidente do Trabalho – CAT, se for o caso, devidamente protocolo pelo Instituto Nacional de Seguro Social (documento obtido com o empregador do Segurado);
- d) Carteira Nacional de Habilitação se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente, seja ele terrestre, aéreo ou marítimo;
- e) Documento de Identidade ou Certidão de Nascimento e CPF ou RIC do Segurado, documentos dentro da validade;
- f) comprovante de residência do Segurado, tais como: contas de água, luz, telefone fixo, gás, IPVA, IPTU e IRPF emitidos com data não anterior a 3 (três) meses;
- g) Relatório médico do atendimento, se for caso de enfermidade;
- h) Relatório do hospital detalhando materiais e serviços realizados bem como o valor dos mesmos (documento fornecido pelo hospital onde o Segurado foi atendido);
- i) Solicitação de exames médicos e fisioterápicos (documento obtido com o médico);
- j) Receita Médica e Prescrição Médica, quando houver a compra de medicamentos;
- k) Notas fiscais e recibos originais;
- l) Documento de Identidade e CPF ou RIC e/ou CNPJ do responsável pelo pagamento das despesas médicas, hospitalares ou odontológicas, documentos dentro da validade;
- m) Formulário de autorização para crédito de indenização em conta-corrente/poupança (documento fornecido pela Seguradora);
- n) Formulário de identificação de Pessoa Politicamente Exposta – PPE (documento fornecido pela Seguradora);
- o) Cópia das passagens completas e/ou comprovante do início da viagem validado pela agência de viagem ou empresa de transporte, se for o caso (documento obtido com a agência de viagem ou empresa de transporte);
- p) Cópia das faturas e recibos de pagamentos feitos à agência de viagem na qual os serviços foram contratados, se for o caso (documento obtido com a agência de viagem).

4.3. Caso o Segurado não possua comprovante de residência em seu nome, deverá fornecer declaração informando que o Segurado reside naquele endereço, firmada pelo titular e por duas testemunhas.

4.4. Caso o Segurado seja menor de idade, seu responsável legal deverá apresentar o formulário de Autorização para Crédito de Indenização ao Segurado menor de idade, em conta-poupança de movimentação vinculada à maioridade (documento fornecido pela Seguradora).

4.5. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares além dos documentos básicos listados nesta cláusula.

5. Disposições Gerais

5.1. As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data da sua realização pelo Segurado, atualizadas monetariamente pela Seguradora de acordo com o disposto nas Condições Gerais.

5.2. Se o Segurado possuir mais de uma apólice, nesta ou em outra seguradora, deverá comunicar no ato da assinatura da proposta, garantindo o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas. O valor do reembolso efetuado pela Seguradora corresponderá à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados para cada cobertura em todas as apólices em vigor na data do Sinistro.

5.3. O reembolso por despesas médicas, hospitalares e odontológicas é cumulativo com qualquer outra Indenização de cobertura eventualmente contratada.

5.4. Esta cobertura poderá ser combinada com qualquer (ou quaisquer) outra(s) Cobertura(s) deste Seguro, obedecidas as disposições das Condições Gerais do Seguro.

5.4.1. Quando contratada esta Cobertura, deverá ser contratada, obrigatoriamente, a Cobertura de Traslado Médico.

5.4.2. A contratação desta Cobertura é obrigatória para os planos de seguro relacionados a viagens ao exterior.

5.5. Esta cobertura poderá prever carência e/ou franquias, cujo prazo e condições constarão da Apólice e do Certificado Individual.

5.6. A Apólice e o Contrato de Seguro poderão dispor sobre restrições ou inclusões nos Riscos Cobertos, de comum acordo entre a Seguradora e o Estipulante.

5.7. Além das disposições destas Condições Especiais, aplicam-se à Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas - Internacional todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro, sem prejuízo das disposições da Apólice, do Contrato, do Certificado Individual e da legislação e regulamentação em vigor.

ANEXO 8 – CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE TRASLADO DE CORPO

1. Objetivo da Cobertura

1.1. A Cobertura de Traslado de Corpo tem por objetivo garantir o pagamento de reembolso, até o limite do Capital Segurado, das despesas com a liberação e transporte do corpo do Segurado do local da ocorrência do evento coberto até o seu domicílio ou local do sepultamento, no Brasil.

1.2. Esta Cobertura não oferece nem assegura os serviços necessários ao traslado do corpo e/ou o seu funeral, cabendo ao responsável, familiar ou representante a livre escolha dos prestadores de serviços.

1.3. Para os fins deste Seguro, só serão garantidas as coberturas para as viagens cujo deslocamento seja igual ou superior a 100 km (cem quilômetros) da residência permanente do Segurado.

2. Riscos Cobertos

Para fins dessa Cobertura, estão cobertas todas as despesas com os procedimentos e objetos imprescindíveis ao traslado do corpo do Segurado.

3. Riscos Excluídos

Além dos eventos previstos no Capítulo V das Condições Gerais do Seguro como Riscos Excluídos, estão excluídos da cobertura de Traslado do Corpo toda e qualquer despesa incorrida com a realização do funeral do Segurado.

4. Indenização, Regulação e Liquidação do Sinistro

4.1. Para a apuração do valor do reembolso será considerado o valor do Capital Segurado estabelecido em moeda nacional ou estrangeira, quando for o caso, cujo valor será convertido e atualizado monetariamente com base no câmbio oficial de venda na data do efetivo pagamento realizado pelo Beneficiário.

4.2. Os documentos básicos necessários para a Regulação e Liquidação do Sinistro são:

- a) Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso (documento obtido com a Delegacia de Polícia);
- b) Documento de Identidade ou Certidão de Nascimento e CPF ou RIC do Segurado, documentos dentro da validade;
- c) comprovante de residência do Segurado, tais como: contas de água, luz, telefone fixo, gás, IPVA, IPTU e IRPF emitidos com data não anterior a 3 (três) meses;
- d) Notas fiscais e recibos originais das despesas com a liberação e transporte do corpo do Segurado;

- e) Documento de Identidade e CPF ou RIC do e/ou CNPJ do responsável pelo pagamento das despesas, documentos dentro da validade;
- f) Formulário de autorização para crédito de indenização em conta-corrente/poupança (documento fornecido pela Seguradora);
- g) Formulário de identificação de Pessoa Politicamente Exposta – PPE (documento fornecido pela Seguradora);
- h) Cópia das passagens completas e/ou comprovante do início da viagem validado pela agência de viagem ou empresa de transporte, se for o caso (documento obtido com a agência de viagem ou empresa de transporte);
- i) Cópia das faturas e recibos de pagamentos feitos à agência de viagem na qual os serviços foram contratados, se for o caso (documento obtido com a agência de viagem).

4.3. Caso o Segurado não possua comprovante de residência em seu nome, deverá fornecer declaração informando que o Segurado reside naquele endereço, firmada pelo titular e por duas testemunhas.

4.4. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares além dos documentos básicos listados nesta cláusula.

5. Disposições Gerais

5.1. As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data da sua realização pelo Segurado, atualizadas monetariamente pela Seguradora de acordo com o disposto nas Condições Gerais.

5.2. Se o Segurado possuir mais de uma apólice, nesta ou em outra seguradora, deverá comunicar no ato da assinatura da proposta ou na solicitação de aumento do valor do capital segurado, garantindo o reembolso das despesas. O valor do reembolso efetuado pela Seguradora corresponderá à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados para cada cobertura em todas as apólices em vigor na data do Sinistro.

5.3. O reembolso por despesas é cumulativo com qualquer outra Indenização de cobertura decorrente de Acidente Pessoal eventualmente contratada.

5.4. Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente, obedecidas as disposições das Condições Gerais do Seguro.

5.4.1. A contratação desta Cobertura é obrigatória para os planos de seguro relacionados a viagens ao exterior.

5.5. Esta cobertura poderá prever carência e/ou franquia, cujo prazo e condições constarão da Apólice e do Certificado Individual.

5.6. A Apólice e o Contrato de Seguro poderão dispor sobre restrições ou inclusões nos Riscos Cobertos, de comum acordo entre a Seguradora e o Estipulante.

5.7. Além das disposições destas Condições Especiais, aplicam-se à Cobertura de Traslado de Corpo todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro, sem prejuízo das disposições da Apólice, do Contrato, do Certificado Individual e da legislação e regulamentação em vigor.

ANEXO 9 – CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE REGRESSO SANITÁRIO

1. Objetivo da Cobertura

1.1. A Cobertura de Regresso Sanitário tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de reembolso, até o limite do Capital Segurado, das despesas com o seu traslado de regresso ao local de origem da viagem ou ao seu domicílio informado por ocasião da adesão ao Seguro, caso o Segurado não se encontre em condições de retornar como passageiro regular por motivo de Acidente Pessoal ou enfermidade ocorrido durante o Período de Cobertura.

1.2. Esta Cobertura não oferece nem assegura o traslado de regresso do Segurado, cabendo ao Segurado ou seu representante a livre escolha das instituições e prestadores de serviços.

1.3. Para os fins deste Seguro, só serão garantidas as coberturas para as viagens cujo deslocamento seja igual ou superior a 100 km (cem quilômetros) da residência permanente do Segurado.

2. Riscos Cobertos

Além dos casos de Acidente Pessoal, estão cobertos os riscos previstos nas Condições Gerais do Seguro e as despesas decorrentes de:

- a) adequação do meio de transporte eleito para o regresso sanitário através da complementação tecnológica da aparelhagem médica necessária;
- b) acompanhamento de médico e/ou enfermeiro e/ou acompanhamento;
- c) ambulâncias ou UTI móvel terrestre.

3. Riscos Excluídos

Além dos eventos previstos no Capítulo V das Condições Gerais do Seguro como Riscos Excluídos, estão excluídos da cobertura de Regresso Sanitário as despesas incorridas com:

- a) utilização de avião-UTI (Unidade de Terapia Intensiva);**
- b) continuidade de tratamentos iniciados no Brasil.**

4. Indenização, Regulação e Liquidação do Sinistro

4.1. Para a apuração do valor do reembolso será considerado o valor do Capital Segurado estabelecido em moeda nacional ou estrangeira, quando for o caso, cujo valor será convertido e atualizado monetariamente com base no câmbio oficial de venda na data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado.

4.2. Os documentos básicos necessários para a Regulação e Liquidação do Sinistro são:

- a) Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso (documento obtido com a Delegacia de Polícia);
 - b) Relatório médico do atendimento, após alta hospitalar, em papel com timbre da clínica ou hospital e carimbo do médico, contendo:
 - b.1) afirmação de o Segurado não se encontra em condições de retornar ao seu domicílio como passageiro regular, segundo critérios exclusivamente médicos;
 - b.2) descrição clínica detalhada do estado de saúde do Segurado, do tratamento e dos medicamentos a ele ministrados;
 - b.3) o meio de transporte recomendado para a remoção ao seu domicílio, podendo ser ambulância, carro ou avião comercial, acompanhado da justificativa clínica;
 - c) Documento de Identidade ou Certidão de Nascimento e CPF ou RIC do Segurado, documentos dentro da validade;
 - d) comprovante de residência do Segurado, tais como: contas de água, luz, telefone fixo, gás, IPVA, IPTU e IRPF emitidos com data não anterior a 3 (três) meses;
 - e) Notas fiscais e recibos originais das despesas com o traslado de regresso;
 - f) Documento de Identidade e CPF ou RIC e/ou CNPJ do responsável pelo pagamento das despesas, documentos dentro da validade;
 - g) Formulário de autorização para crédito de indenização em conta-corrente/poupança (documento fornecido pela Seguradora);
 - h) Formulário de identificação de Pessoa Politicamente Exposta – PPE (documento fornecido pela Seguradora);
 - i) Cópia das passagens completas e/ou comprovante do início da viagem validado pela agência de viagem ou empresa de transporte, se for o caso (documento obtido com a agência de viagem ou empresa de transporte);
 - j) Cópia das faturas e recibos de pagamentos feitos à agência de viagem na qual os serviços foram contratados, se for o caso (documento obtido com a agência de viagem).
- 4.3. Caso o Segurado não possua comprovante de residência em seu nome, deverá fornecer declaração informando que o Segurado reside naquele endereço, firmada pelo titular e por duas testemunhas.
- 4.4. Caso o Segurado seja menor de idade, seu responsável legal deverá apresentar Autorização para Crédito de Indenização ao Segurado menor de idade, em conta poupança vinculada à maioridade (formulário fornecido pela Seguradora).

4.5. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares além dos documentos básicos listados nesta cláusula.

5. Disposições Gerais

5.1. Se o Segurado possuir mais de uma apólice, nesta ou em outra seguradora, deverá comunicar no ato da assinatura da proposta ou na solicitação de aumento do valor do capital segurado, garantindo o reembolso de despesas. O valor do reembolso efetuado pela Seguradora corresponderá à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados para cada cobertura em todas as apólices em vigor na data do Sinistro.

5.2. O reembolso por despesas é cumulativo com qualquer outra Indenização de cobertura decorrente eventualmente contratada.

5.3. Esta cobertura poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer (ou quaisquer) outra(s) Cobertura(s) deste Seguro, obedecidas as disposições das Condições Gerais do Seguro.

5.3.1. A contratação desta Cobertura é obrigatória para os planos de seguro relacionados a viagens ao exterior.

5.4. Esta cobertura poderá prever carência e/ou franquia, cujo prazo e condições constarão da Apólice e do Certificado Individual.

5.5. A Apólice e o Contrato de Seguro poderão dispor sobre restrições ou inclusões nos Riscos Cobertos, de comum acordo entre a Seguradora e o Estipulante.

5.6. Além das disposições destas Condições Especiais, aplicam-se à Cobertura de Regresso Sanitário todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro, sem prejuízo das disposições da Apólice, do Contrato, do Certificado Individual e da legislação e regulamentação em vigor.

ANEXO 10 – CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE TRASLADO MÉDICO

1. Objetivo da Cobertura

1.1. A Cobertura de Traslado Médico tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de reembolso, até o limite do Capital Segurado, das despesas com a remoção ou transferência do Segurado até a clínica ou hospital mais próximo em condições de atendê-lo, por motivo de Acidente Pessoal cobertor ou enfermidade súbita e aguda.

1.2. Esta Cobertura não oferece nem assegura o traslado médico do Segurado, cabendo ao Segurado ou seu representante a livre escolha das instituições e prestadores de serviços.

1.3. Para os fins deste Seguro, só serão garantidas as coberturas para as viagens cujo deslocamento seja igual ou superior a 100 km (cem quilômetros) da residência permanente do Segurado.

2. Riscos Cobertos

Além dos casos de Acidente Pessoal, estão cobertos os riscos previstos nas Condições Gerais do Seguro, incluindo mais de um traslado ou remoção, quando requisitado por médico ou equipe médica responsável pelo atendimento.

3. Riscos Excluídos

Além dos eventos previstos no Capítulo V das Condições Gerais do Seguro como Riscos Excluídos, estão excluídos da cobertura de Traslado Médico as despesas incorridas com:

I - todas as despesas com atendimentos, procedimentos e prejuízos direta ou indiretamente decorrentes de Doenças ou Lesões Pré-Existentes e suas Consequências ; e

II – continuidade de tratamentos iniciados no Brasil.

4. Indenização, Regulação e Liquidação do Sinistro

4.1. Para a apuração do valor do reembolso será considerado o valor do Capital Segurado estabelecido em moeda nacional ou estrangeira, quando for o caso, cujo valor será convertido e atualizado monetariamente com base no cambio oficial de venda na data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado.

4.2. Os documentos básicos necessários para a Regulação e Liquidação do Sinistro são:

a) Relatório médico do atendimento, após alta hospitalar, em papel com timbre da clínica ou hospital e carimbo do médico, contendo:

a.1) afirmação de que o local onde o Segurado está internado, segundo critérios exclusivamente médicos, não tem condições técnicas e estruturais para o atendimento;

- a.2) descrição clínica detalhada do estado de saúde do Segurado, do tratamento e dos medicamentos a ele ministrados;
- a.3) o meio de transporte recomendado para a remoção, podendo ser ambulância, carro ou avião comercial, acompanhado da justificativa clínica;
- a.4) indicação do hospital mais próximo com condições de receber o Segurado;
- a.5) atestado de que o Segurado tem condições clínicas de ser removido até o hospital indicado.
- b) Documento de Identidade ou Certidão de Nascimento e CPF ou RIC do Segurado, documentos dentro da validade;
- c) comprovante de residência do Segurado, tais como: contas de água, luz, telefone fixo, gás, IPVA, IPTU e IRPF emitidos com data não anterior a 3 (três) meses;
- d) Notas fiscais e recibos originais das despesas com o traslado médico;
- e) Documento de Identidade e CPF ou RIC e/ou CNPJ do responsável pelo pagamento das despesas, documentos dentro da validade;
- f) Formulário de autorização para crédito de indenização em conta-corrente/poupança (documento fornecido pela Seguradora);
- g) Formulário de identificação de Pessoa Politicamente Exposta – PPE (documento fornecido pela Seguradora);
- h) Cópia das passagens completas e/ou comprovante do início da viagem validado pela agência de viagem ou empresa de transporte, se for o caso (documento obtido com a agência de viagem ou empresa de transporte);
- i) Cópia das faturas e recibos de pagamentos feitos à agência de viagem na qual os serviços foram contratados, se for o caso (documento obtido com a agência de viagem).
- 4.3. Caso o Segurado não possua comprovante de residência em seu nome, deverá fornecer declaração informando que o Segurado reside naquele endereço, firmada pelo titular e por duas testemunhas.
- 4.4. Caso o Segurado seja menor de idade, seu responsável legal deverá apresentar Autorização para Crédito de Indenização ao Segurado menor de idade, em conta poupança vinculada à maioridade (formulário fornecido pela Seguradora).
- 4.5. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares além dos documentos básicos listados nesta cláusula.

5. Disposições Gerais

5.1. Se o Segurado possuir mais de uma apólice, nesta ou em outra seguradora, deverá comunicar no ato da assinatura da proposta ou na solicitação de aumento do valor do capital segurado, garantindo o reembolso de despesas. O valor do reembolso efetuado pela Seguradora corresponderá à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados para cada cobertura em todas as apólices em vigor na data do Sinistro.

5.2. O reembolso por despesas é cumulativo com qualquer outra Indenização de cobertura decorrente eventualmente contratada.

5.3. Esta cobertura poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer (ou quaisquer) outra(s) Cobertura(s) deste Seguro, obedecidas as disposições das Condições Gerais do Seguro.

5.3.1. A contratação desta Cobertura é obrigatória para os planos de seguro relacionados a viagens ao exterior.

5.4. Esta cobertura poderá prever carência e/ou franquia, cujo prazo e condições constarão da Apólice e do Certificado Individual.

5.5. A Apólice e o Contrato de Seguro poderão dispor sobre restrições ou inclusões nos Riscos Cobertos, de comum acordo entre a Seguradora e o Estipulante.

5.6. Além das disposições destas Condições Especiais, aplicam-se à Cobertura de Traslado Médico todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro, sem prejuízo das disposições da Apólice, do Contrato, do Certificado Individual e da legislação e regulamentação em vigor.

Esta parte não integra as Condições Gerais do seguro.

Assistência Viagem

Condições Gerais

1. OBJETIVO

A Assistência Viagem tem por objetivo prestar assistência emergencial ao Segurado, quando da ocorrência de um dos eventos previstos nestas Condições Gerais durante o período de viagem.

1.1. Os serviços da **Assistência Viagem** são de caráter emergencial ou informativo, ou seja, tem por objetivo auxiliar o Segurado quando da ocorrência de Eventos definidos no decorrer destas Condições Gerais, tendo regras próprias e limites de utilização, e não se confundem com coberturas de seguro, tampouco podem ser comparados a um plano de saúde.

2. DEFINIÇÕES

Para a leitura destas Condições Gerais, consideram-se as definições a seguir:

a) **Acidente Pessoal:** É a ocorrência de fato, exclusivamente externo, súbito, danoso e imprevisível, involuntariamente causado, com data e local caracterizados, causador de lesões físicas ao Beneficiário que por si só e independente de qualquer outra causa, tenha como consequência direta a necessidade de tratamento médico/hospitalar de urgência.

b) **Alta hospitalar:** Considera-se alta hospitalar clinicamente justificável para os fins destes serviços, a liberação clínica do Segurado para retorno ao domicílio, desde que devidamente fundamentada a sua indicação pelo médico que está cuidando do Segurado.

c) **Assistência Viagem:** é o conjunto dos serviços descritos e caracterizados nestas Condições Gerais, nos limites, termos e condições aqui previstos, prestados pela empresa Europ Assistance Brasil, também denominado, neste instrumento, simplesmente “**Assistência**” ou “**Serviço**”.

d) **Central de Alarme:** é a central telefônica da **Assistência Viagem**, disponível 24 horas, a fim de auxiliar os Segurado quando da solicitação dos Serviços.

e) **Doença Aguda:** Doença de início súbito não decorrente de uma doença pré-existente.

f) **Doença Pré-existente ou Crônica:** Por doenças crônicas entendem-se aquelas de curso prolongado e evolução gradual dos sintomas, potencialmente incapacitante, que afeta, de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológicas ou anatômicas e, por doenças pré-existentes considera-se a patologia que o Segurado sofra antes da contratação da Assistência Viagem, de conhecimento ou não do mesmo, cita-se, mas não limitadamente as seguintes: *Diabete, doenças cardiovasculares (insuficiência coronariana, insuficiência cardíaca, valvulopatia), hipertensão, cálculo renal, insuficiência renal crônica, cálculo biliar, pancreatite crônica, hepatopatias crônicas, doença diverticular do cólon, úlcera péptica gastroduodenal, hérnia, doença pulmonar obstrutiva crônica, asma brônquica, neoplasias malignas e benignas, doenças vasculares periféricas, epilepsia, anemia crônica, plaquetopenia crônica, doenças sexualmente transmissíveis.*

g) **Doença Súbita:** É a alteração aguda do estado de saúde do segurado com a evolução curta e nítida que, no momento do atendimento, acarreta sofrimento físico intenso ou risco imediato à vida, excluídos os casos de doenças crônicas ou preexistentes.

h) **Período de Viagem:** É o período compreendido entre as datas de início e término da viagem realizada pelo Segurado.

2. ÂMBITO GEOGRÁFICO

Os serviços de Assistência serão prestados ao(s) Segurado(s) que se encontrar (em) em viagem, a mais de 100 km de sua residência.

3. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

A Assistência Viagem será prestada pela Empresa **Europ Assistance**, CNPJ: **01.020.029/0001-06**, especializada em assistência, que colocará sua Central de Alarme à disposição 24 (vinte e quatro) horas por dia, durante o período da viagem, acionável através do telefone de Discagem Direta Gratuita (DDG).

Importante: Para execução dos serviços é imprescindível que seja realizado o contato com a Empresa prestadora de serviço.

4. ACIONAMENTO

Para utilização da Assistência Viagem, o Segurado sempre deverá contatar a Central de Alarme através do telefone de Discagem Direta Gratuita (DDG) 0800 775 3415 para ligações no Brasil, e 5511 2664 4014 para ligações a cobrar no exterior disponível, 24 horas por dia 7 dias por semana.

Após a ocorrência do evento o Segurado deverá imediatamente acionar a Central de Alarme, fornecendo todas as informações de forma clara e exata para perfeita identificação do Segurado, análise das condições da Assistência contratada e sua necessidade e quando necessário, o envio de documentos solicitados para prestação dos Serviços de Assistência.

5. SERVIÇOS DISPONÍVEIS (BRASIL E EXTERIOR)

Os Segurados terão à sua disposição, no Brasil a mais de 100 km (cem quilômetros) do município de domicílio e no exterior, os seguintes serviços:

5.1. Despesas Médicas por Acidente ou Doença

5.1.1. Se, em consequência de acidente ou doença súbita e aguda, o Segurado necessitar de intervenção médica ou cirúrgica de imediato, a Central de Alarme organizará os serviços médicos, desde que o Segurado tenha solicitado a prévia intermediação junto a Central de Alarme.

5.1.2. Esta assistência não inclui a prestação de serviços para acidentes decorrentes da prática de esportes de risco, tais como, mas não limitados à: **alpinismo, caça, mergulho, pesca marítima, espeleologia, esqui na neve e aquático, esportes praticados com veículos aéreos, terrestres e aquáticos e seus respectivos treinos preparatórios para os planos Nacional, América do Sul, Internacional, Europa, Top e Sênior.**

5.1.3. O limite máximo deste serviço refere-se às despesas com profissionais da área médica, diárias hospitalares, serviços de enfermagem, exames médicos complementares e medicamentos aplicados relativos ao evento.

5.1.4. Os gastos médicos e hospitalares efetuados estarão a cargo da Prestadora de Serviço.

5.1.5. Exames Médicos Complementares

Caso o Segurado encontre-se em situação emergencial, conforme devidamente caracterizado no item 5.1.1. a Assistência Viagem arcará com os custos de exames de esclarecimento diagnóstico de enfermidades agudas, até o limite do plano contratado.

Esta assistência será prestada somente quando os exames médicos forem comprovadamente necessários para o atendimento em questão, de acordo com critérios clínicos, para cessar a emergência.

5.1.6. Consulta com Especialistas

Caso o Segurado encontre-se em situação de emergência, conforme devidamente caracterizado no item 5.1.1 acima, a Assistência Viagem organizará uma consulta com um médico especialista, sem que o Segurado tenha sido examinado por um clínico geral, desde que a Equipe Médica da Central de Assistência Viagem tenha avaliado e aprovado tal procedimento, assim como tenham sido respeitadas as impossibilidades legais e ética do país em que se encontre o Segurado.

5.1.7. Internação Hospitalar

Caso o Segurado encontre-se em situação emergencial, conforme descrita no item 5.1.1, e a equipe médica que estiver assistindo o Segurado no local do Evento formalmente recomendar a internação hospitalar, a Assistência Viagem organizará autorização de internação no local de viagem do Segurado.

Para a prestação dos serviços desta assistência, a equipe médica que estiver atendendo o Segurado deverá indicar o estabelecimento adequado à natureza do quadro clínico apresentado pelo Segurado. Na ausência de tal indicação, caberá à Equipe Médica da Assistência Viagem fazê-lo.

5.1.8. Intervenções Cirúrgicas

Caso o Segurado encontre-se em situação emergencial, conforme devidamente caracterizado no item 5.1.1, que exija intervenção cirúrgica a curto prazo (15 dias), a Assistência Viagem providenciará a coordenação da intervenção cirúrgica.

O tipo de intervenção cirúrgica deverá ser indicado pela equipe médica que estiver atendendo o Segurado, devendo ser previamente autorizada pela Equipe Médica da Assistência Viagem.

5.1.9. Extensão Hospitalar

Expirado o período de vigência do seguro, se o segurado se encontrar hospitalizado, a central da Assistência Viagem será responsável tão somente pelos custos da internação, ultrapassado o limite financeiro previsto para o serviço de Despesas Médicas por Acidente ou Doença, o Segurado ficará integralmente responsável, a partir de então, por todos os custos excedentes da internação.

5.2. Despesas Odontológicas

Caso o Segurado encontre-se em situação emergencial, ou seja, em situação crítica incidental e imprevista, com ocorrência de perigo, em decorrência, exclusivamente, de dor, infecção ou trauma e que exija consulta com um dentista, a Assistência Viagem providenciará o agendamento da consulta.

5.3. Remoção Inter Hospitalar

Caso o Segurado esteja utilizando umas das assistências médicas previstas no item 5.1 e que exija remoção Inter hospitalar, a Assistência Viagem organizará a transferência do Segurado para o centro médico-hospitalar mais próximo do hospital onde ele está sendo atendido e que tenha condições técnicas e estruturais para o seu atendimento.

A remoção somente poderá ser realizada pela Assistência Viagem após apresentação do pedido do médico que estiver atendendo o Segurado no local do evento. O pedido do médico local deve necessariamente conter as seguintes informações por escrito:

- a) Que o local onde o Segurado está internado, segundo critérios exclusivamente médicos, não tem condições técnicas e estruturais para atendê-lo.
- b) O estado de saúde do Segurado (descrição clínica detalhada), e o(s) tratamento(s) e medicamento(s) que vem (em) sendo aplicado (s) ao mesmo.
- c) O meio de transporte recomendado para a remoção Inter hospitalar, podendo ser feita por ambulância, carro, avião comercial ou avião UTI, e sua justificativa clínica para tal;
- d) O hospital mais próximo com condições de receber o Segurado e se este tem condições clínicas de ser removido até o hospital.

Independente do pedido médico referido acima, a remoção ainda precisará da anuência da Equipe Médica da Assistência Viagem, a qual poderá decidir sobre a necessidade de remoção Inter hospitalar, bem como sobre o meio de transporte que será utilizado (ambulância, carro, avião comercial ou avião UTI).

Se necessário, de acordo com critérios médicos, um médico ou uma enfermeira deverá acompanhar o paciente para possibilitar a remoção Inter hospitalar.

No caso de viagem nacional serão de responsabilidade do Segurado e/ou a sua família e/ou responsáveis legais:

e) O dever de localizar e garantir uma vaga hospitalar no hospital de destino para o Segurado;

f) Enviar para a Equipe Médica da Assistência Viagem a confirmação da vaga, por escrito, por fax ou e-mail, devidamente assinada e identificada com o Código Regional de Medicina (CRM) do médico do hospital para onde ele deverá ser transferido.

Conforme exigências técnicas, a remoção do Segurado só poderá ser iniciada quando esta vaga hospitalar de destino estiver confirmada para a Central de Alarme.

A Assistência Viagem providenciará a remoção Inter hospitalar em avião UTI somente quando ocorrerem, de forma cumulativa, todas as situações abaixo:

- a) For realizada dentro do território brasileiro;
- b) Fazer parte do limite contratado no plano de Assistência Viagem;
- c) Se a natureza dos ferimentos decorrentes do Acidente Pessoal ou da Doença Súbita e Aguda exigir esse meio de locomoção, a critério do médico local ou da Equipe Médica da Assistência Viagem;
- d) Se a causa clínica da indicação da UTI aérea for exclusiva e diretamente relacionada à queixa inicial do Segurado (razão da internação), e for considerado o único meio de transporte viável para a otimização do prognóstico, estando o Segurado em Unidade de Emergência do Hospital de Origem.
- e) Se o Segurado estiver internado em Unidade de Urgências (UTI, Pronto Socorro) do Hospital e não tiver recebido Alta Hospitalar;
- f) Se o destino do Segurado for outro hospital (nunca a sua residência) em território brasileiro.

Os serviços desta assistência serão prestados até o limite do plano contratado.

5.4. Repatriação Sanitária

Caso o Segurado, após ter recebido Alta Hospitalar decorrente dos Serviços previstos no item 5.1 (Despesas Médicas por Acidente ou Doença), não se encontre em condições de retornar ao seu domicílio como passageiro regular, segundo critérios médicos, a Assistência Viagem organizará o retorno deste (desde que o procedimento seja efetuado integralmente pela Central de Alarme) por meio de transporte adequado.

Este serviço inclui a organização da viagem de retorno ao domicílio do Segurado, com coordenação no embarque e na chegada, com a infraestrutura necessária: (1) adequação do meio de transporte

eleito, através de complementação tecnológica da aparelhagem médica necessária, (2) acompanhamento médico e/ou enfermeira, e/ou acompanhante previamente autorizado pela Central de Alarme ambulâncias, e UTI móvel terrestre se necessário. **Esta assistência não abrange a utilização de avião UTI (Unidade de Terapia Intensiva).**

Este serviço será prestado mediante apresentação à Central de Alarme de pedido do médico que estiver atendendo o Segurado no local do Evento. O pedido do médico local deverá informar por escrito:

- a) O estado de saúde do Segurado (descrição clínica detalhada), e o(s) tratamento (s) e medicamento(s) que vem (em) sendo aplicado(s) ao Segurado;
- b) O meio de transporte recomendado para o retorno ao domicílio, podendo ser feito por ambulância simples, carro ou avião comercial, e sua justificativa clínica para tal. O avião comercial poderá ser adaptado com maca, oxigênio ou “extra- seat”, quando necessário.
- c) Independente do pedido médico referido acima, a repartição ainda precisará da anuência da Equipe Médica da Assistência Viagem, a qual poderá decidir sobre o meio de transporte a ser utilizado (ambulância simples, carro ou avião comercial).
- d) Considera-se alta hospitalar clinicamente justificável para os fins deste Serviço, a liberação clínica do Segurado para retorno a domicílio, desde que devidamente fundamentada a sua indicação pelo médico que está cuidando do Segurado, não se responsabilizando a Assistência Viagem, pelo retorno do Segurado em outras condições.

Este serviço será prestado até o limite do plano contratado.

5.5. Repatriação Funerária

Em caso de falecimento do Segurado durante a viagem assistida em decorrência de evento coberto, a Assistência Viagem providenciará as formalidades administrativas necessárias para liberação e o traslado do corpo e transporte deste até o Município de domicílio do Segurado no Brasil (ou distância equivalente indicada pelo representante legal do Segurado).

As despesas de funeral, sepultamento, cremação, exumação e de cerimônia, assim como os custos adicionais em função do tipo de urna funerária não estão incluídas e correrão por conta da família do Segurado ou seu representante.

Este serviço somente poderá ser prestado a partir do momento em que o corpo do Segurado falecido se encontrar liberado pelas autoridades policiais e competentes e desde que não exista nenhum obstáculo físico, material, policial ou judicial que impeça sua remoção do local do Evento para a cidade de seu domicílio.

Este serviço será prestado até o limite do plano contratado.

5.6. Envio de Acompanhante

Caso o Segurado tiver necessidade de permanecer hospitalizado, em decorrência de Acidente Pessoal ou Doença Súbita e Aguda, por período superior aos dias previstos para este Serviço no plano de Assistência Viagem contratado e desde que não tenha acompanhante no local da ocorrência do Evento, a Assistência Viagem providenciará o transporte para que um parente ou pessoa indicada pelo Segurado possa acompanhá-lo.

O meio de transporte a ser utilizado será de livre escolha da Assistência Viagem, podendo ser aéreo (classe econômica) ou terrestre (carro, ônibus ou trem), a ser definido conforme menor horário de chegada ao local do Evento, criticidade do Evento e disponibilidade das Companhias de transporte, restando certo que passagem aérea, só será considerada se o Segurado se encontrar a mais de 300 km (trezentos quilômetros) do endereço de partida do Acompanhante, ou o trajeto por via rodoviária seja superior a 5 (cinco) horas.

Este serviço será prestado até o limite do plano contratado e não contempla reembolso de despesas.

5.7. Acompanhamento de Menores e/ou Idosos

Caso o Segurado encontre-se em viagem com criança(s) menor (es) de 18 (dezoito) anos de idade ou idoso(s) com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos sob sua responsabilidade, e, em decorrência de Acidente Pessoal ou Doença Súbita e Aguda iniciada durante a viagem assistida, não possa embarcá-la (s) para que retorne(m) ao Município de Domicílio, a Assistência Viagem cuidará dos seguintes serviços:

- a) Acompanhamento do(s) menor (es) ou idoso(s) até o aeroporto
- b) Formalidades de embarque
- c) Coordenação com a companhia aérea para a condição de “menor (es) ou idoso(s) desacompanhado(s)
- d) Informação aos pais ou parentes dos dados referentes ao retorno.

Este serviço será prestado até o limite do plano contratado.

5.8. Garantia de Viagem de Regresso

Em situações onde o Segurado tiver uma passagem aérea com data marcada e for obrigado a prorrogar o período de viagem por motivo de Acidente Pessoal ou Doença Súbita e Aguda que exigiram internação hospitalar deste durante a viagem assistida, ou antecipar o regresso ao país de domicílio, em razão de Acidente Pessoal ou Doença Súbita e Aguda do próprio Segurado, a Assistência Viagem remarcará a data da passagem destinada ao local de retorno originalmente previsto.

Na possibilidade de mudança de data da viagem junto a cia aérea pelo segurado ou seus representantes, remarcação do bilhete aéreo, a Assistência Viagem assumirá eventuais multas cobradas pela cia aérea pela remarcação do voo, não sendo obrigada à compra de novo bilhete aéreo.

Este serviço será prestado até o limite do plano contratado.

5.9. Retorno Antecipado por Falecimento Familiar

Caso seja necessário que o Segurado retorne antecipadamente à cidade de seu domicílio, por motivo de falecimento de Membro direto de sua família (exclusivamente pais, sogros, cônjuge, irmãos ou filhos) durante a viagem, a Assistência Viagem providenciará o transporte para seu retorno.

O meio de transporte a ser utilizado será de livre escolha da Assistência Viagem, podendo ser aéreo (classe econômica) ou terrestre (carro, ônibus ou trem), a ser definido conforme menor horário de chegada ao local do evento, criticidade do evento e disponibilidade das companhias de transporte, restando certo que passagem aérea, só será considerada se o Segurado se encontrar a mais de 300 km (trezentos quilômetros) do endereço de partida do acompanhante, ou o trajeto por via rodoviária seja superior a 5 (cinco) horas.

A assistência será prestada mediante documentação que comprove o evento e o grau de parentesco. A Central de Alarme se sub-rogará nos direitos do Segurado de negociar junto às Companhias Aéreas, agentes e operadores turísticos, a(s) passagem(ns) original(is) do Segurado. Portando, a(s) passagem(ns) original(is) do Segurado, passará(ão) a ser da Assistência Viagem, devendo o mesmo enviá-la(s) juntamente com o Termo de sub-rogação assinado, assim que retornar ao Município de Domicílio.

Este serviço será prestado até o limite do plano contratado.

5.10. Regresso Antecipado por sinistro no domicílio.

Em situações onde o Segurado tiver uma passagem aérea com data marcada e for obrigado a antecipar o regresso em razão de ocorrência de roubo ou furto com violação de portas ou janelas, incêndio ou explosão na sua residência habitual, que a torne inabitável ou com grave risco de que se produzam maiores danos, desde que desabitada, justificando assim a sua presença no seu domicílio, a Assistência Viagem providenciará seu retorno antecipado, desde que o meio de transporte utilizado/contratado pelo Segurado para esta viagem não possibilite a sua locomoção antecipada.

O meio de transporte será de livre escolha da Assistência Viagem, podendo ser aéreo (classe econômica) ou terrestre (carro, ônibus ou trem), a ser definido conforme menor horário de chegada ao local do Evento, criticidade do evento e disponibilidade das Companhias de transporte, restando certo que passagem aérea só será considerada se o Segurado se encontrar a mais de 300 km (trezentos quilômetros) do endereço de partida do acompanhante, ou o trajeto por via rodoviária seja superior a 5 (cinco) horas.

Este serviço será prestado até o limite do plano contratado.

A Central de Alarme se sub-rogará nos direitos do Segurado de negociar junto às Companhias Aéreas, agentes e operadores turísticos, a(s) passagem(ns) original(is) do Segurado. Portando, a(s) passagem(ns) original(is) do Segurado, passará(ão) a ser da Assistência Viagem, devendo o mesmo enviá-la(s) juntamente com o Termo de sub-rogação assinado, assim que retornar ao Município de Domicílio.

5.11. Orientação em Caso de perda de Documentos.

Em caso de extravio (perda, furto ou roubo) de qualquer documento pessoal imprescindível para prosseguimento da viagem, a Assistência Viagem, sempre que possível, fornecerá informações à como proceder com a polícia local, endereços e telefones de consulados ou embaixadas, indicação do número de telefone para cancelamento de cartão de crédito. Poderá ainda entrar em contato com os familiares, a fim de enviar cópias desses documentos ao Segurado.

5.12. Informações de Viagem (Concierge)

Quando solicitado pelo Segurado, a Assistência Viagem prestará ao Segurado informações sobre assuntos abaixo listados:

- a) Documentações, passaportes, requisitos de vistos, vistos de entrada, vacinas;
- b) Números de telefones de Embaixadas e Consulados brasileiros;
- c) Informações meteorológicas;
- d) Condições do trânsito e mapas;
- e) Informações sobre o país e suas principais cidades.

As informações solicitadas serão encaminhadas no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis.

EXCLUSÕES E LIMITAÇÕES (CONCIERGE).

a) A Assistência não se responsabiliza por instruções e/ou solicitação que não tenham sido solicitadas à Central de Alarme ou que tenha sido solicitada diretamente ou indiretamente pelo Segurado ao estabelecimento fornecedor, tais como, antecipação, extensão ou realização de serviço.

b) Qualquer tipo de despesa proveniente das solicitações do Segurado;

c) A Assistência Viagem não se responsabiliza pelos serviços e produtos adquiridos pelo Segurado, bem como pelas informações fornecidas pelo estabelecimento fornecedor.

Este serviço será prestado até o limite do plano contratado.

5.13. Localização de Bagagem

Em caso de extravio de bagagens, a assistência viagem auxiliará o Segurado intermediando o contato com a Cia. Transportadora para monitorar o processo de busca.

O Segurado deverá entrar em contato com a Central de Alarme munido da notificação junto à Cia Aérea (PIR – Property Irregularity Report) obtida antes de deixar o local de desembarque, para que a Assistência Viagem possa proceder com o monitoramento à localização de bagagem.

Caberá ao Segurado informar à Cia Aérea o domicílio transitório (ou definitivo) para que, no caso da Cia. Transportadora localizar a bagagem, esta possa lhe ser entregue.

Este serviço será prestado pelo período máximo de 30 (tinta) dias corridos contados a partir da data de notificação da PIR.

A Assistência Viagem não é responsável pela recuperação da bagagem, entrega da mesma ou por informações desconhecidas fornecidas pelas Cias. Aéreas ou pelo Segurado.

Este serviço será prestado até o limite do plano contratado.

5.14. Auxílio Fundos no Exterior

Em caso de roubo ou extravio de documentos, cartão de crédito ou dinheiro do Segurado, desde que devidamente comprovada através de denúncia às autoridades competentes, a Assistência Viagem providenciará o envio do valor indicado pelo Segurado, em moeda corrente do país onde o Segurado estiver, até o limite do plano de Assistência Viagem contratado.

A conversão em moeda estrangeira e disponibilização do valor ao Segurado serão feitas no valor equivalente ao depósito prévio, em reais, efetuado por pessoa indicada do Segurado na conta corrente da Assistência viagem indicada pela Central de Alarme no Brasil, respeitando-se os limites contratados. Os valores serão convertidos ao câmbio turístico de compra do dia do adiantamento.

O prazo para envio do valor indicado será informado pela Central de Alarme e será levado em consideração dias úteis para a realização de transação.

Este serviço não está disponível para o plano Nacional.

Para os demais planos este serviço será prestado até o limite do plano contratado.

5.15. Auxílio Pagamento de Fiança

Em caso de emergência judicial para a concessão de liberdade provisória do Segurado, a Assistência Viagem providenciará o adiantamento do valor para o pagamento da fiança.

A Conversão em moeda estrangeira e disponibilização do valor ao Segurado será feita no valor equivalente ao depósito prévio, em reais, efetuado por pessoa indicada do Segurado na conta corrente da Assistência Viagem no Brasil, indicada pela Central de Alarme, respeitando-se os limites contratados. Os valores serão convertidos ao câmbio turismo de compra do dia do adiantamento.

Este serviço não está disponível para o plano Nacional.

Para os demais planos este serviço será prestado até o limite do plano contratado.

5.16. Auxílio Jurídico no Exterior

Em caso de um acidente de trânsito ocorrido com o Segurado, a Assistência Viagem pagará as despesas decorrentes de defesa civil ou criminal do Segurado no exterior, cobrindo exclusivamente os honorários do advogado.

Este serviço não está disponível para o plano Nacional.

Para os demais planos este serviço será prestado até o limite do plano contratado.

5.17. Auxílio Transmissão de Mensagens Urgentes

Em caso de solicitação por parte do Segurado, a Assistência Viagem transmitirá mensagens telefônicas urgentes, desde que relacionadas às Assistências previstas, nestas Condições Gerais, a uma ou mais pessoas indicadas pelo Segurado, residentes no Brasil, desde que a mesma não implique em assunção de responsabilidades à Assistência Viagem.

5.18. RISCOS EXCLUÍDOS

Os eventos a seguir relacionados estão excluídos da Assistência Viagem, independentemente do tipo contratado, não podendo o Segurado utilizar a Assistência Viagem em razão destes eventos.

5.18.1 Estão excluídos da Assistência 24 Horas, quaisquer prejuízos, ônus, perdas, danos ou responsabilidades de qualquer natureza, direta ou indiretamente causados por ou resultantes de ou para os quais tenham contribuído:

- a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou a exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;**
- c) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, inundações, quedas de corpos siderais, meteoritos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- d) Ato terrorista, que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente;**
- e) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências;**
- f) Intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico em decorrência de assistência médica prestada em razão de Acidente Pessoal definido nestes Termos e Condições;**
- g) Choque anafilático e suas consequências;**
- h) Internações hospitalares para investigação diagnóstica e/ou avaliação do estado de sanidade ("check-up");**
- i) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de Acidente Pessoal definido nestas Condições Gerais;**
- j) Tratamento de doenças mentais ou psiquiátricas;**
- k) Perda de dente;**
- l) Tratamentos estéticos ou rejuvenescedores de qualquer tipo;**
- m) Cirurgias plásticas e despesas com compra de prótese, confecção de óculos e lentes de contato (exceto as despesas com cirurgias pós-acidentais que sejam necessárias para restabelecimento do Segurado e as despesas com reparos ou substituição de próteses odontológicas danificadas em consequência de Acidente Pessoal definido nestas Condições Gerais, desde que contratada o plano de assistência correspondente.**
- n) Lesões corporais e suas consequências, decorrentes de acidentes ocorridos antes do início do Período de Viagem assistido;**
- o) Eventos não decorrentes de Acidente Pessoal definido nestes Termos e Condições;**
- p) Suicídio ou sua tentativa;**

- q) Doenças e Lesões ocasionadas pelo risco/meio de profissão do Segurado;
- r) Lesões decorrentes de esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos;
- s) Situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência como “invalidez acidentária”;
- t) Dano moral, dano estético e indenizações punitivas.
- u) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, por seus beneficiários, pelo representante de um ou de outro ou, ainda, pelos sócios controladores, dirigentes, administradores beneficiários do Estipulante ou seus respectivos representantes.

5.18.2. Serviços Excluídos – subitens 5.1 “Despesas Médicas por Acidente ou Doença” e 5.2 “Despesas Odontológicas”).

Referente aos serviços 5.1 “Despesas Médicas por Acidente ou Doença” e 5.2 “Despesas Odontológicas”, excluem-se também a assistência decorrente de, ou do tratamento de: a) Estados de convalescência (após a Alta Médica), tratamentos não consolidados e as despesas de acompanhantes, sem comprovação ou indicação médica ou não autorizados pela Equipe Médica da Assistência para “5.1 “Despesas Médicas por Acidente ou Doença” e 5.2 “Despesas Odontológicas”;

b) Consequências e complicações decorrentes de qualquer inobservância de prescrição médica feita por seu médico habitual no município de Domicílio;

c) Qualquer tipo de “check-up” médico, controle clínico e/ou laboratorial e/ou radiológico de caráter não emergencial, atos médicos eletivos, explorações clínicas e/ou cirúrgicas, intervenções ou tratamentos de ordem estética.

d) Aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza, próteses de caráter permanente e acessórios, bem como as próteses pela perda de dentes naturais.

e) Síndromes compressivas nervosas (exceto as de caráter agudo, diagnosticadas por médico habilitado);

f) Fraturas patológicas;

g) Doenças mentais e psiquiátricas;

h) Danos estéticos;

i) Lesões ou doenças que não exijam atendimento médico;

j) Infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (“AIDS”);

k) Doenças ou lesões acidentais provocadas por alcoolismo ou por uso de drogas que causem dependência psicotrópica;

l) Automutilação;

m) Epidemias, pandemias e endemias, assim consideradas por instituições de saúde reconhecidas nacional e internacionalmente como, por exemplo: Ministério da Saúde Brasileiro, OMS - Organização Mundial de Saúde.

Observação: Nesses casos, o primeiro atendimento que se refere ao tratamento dos sintomas será realizado até o limite dos serviços de Assistência, e, a partir do diagnóstico da doença considerada como epidemia, endemia ou pandemia, os serviços de assistência serão automaticamente cancelados.

Serviços Excluídos dos subitens 5.3 “Remoção Inter Hospitalar”, 5.4 “Repatriação Sanitária”, 5.5 “Repatriação Funerária”, 5.6 “Envio de Acompanhante”, 5.7 “Acompanhamento de Menores e/ou Idosos”, 5.8 “Garantia de Viagem de Retorno” e 5.9 “Retorno Antecipado por Falecimento”.

5.18.3. Observada as exceções dispostas nos itens 5.1 “Despesas Médicas por Acidente ou Doença” e 5.2 “ Despesas Odontológicas”, referente aos serviços de Assistência médica para acidentes decorrentes da prática de esportes, a Central de Assistência interromperá sua atuação e responsabilidade pelos demais serviços necessários à continuidade do tratamento.

8.6 Limitações a todos os itens dispostos nestes Termos e Condições:

8.6.1 Estão limitados os serviços de todos os itens dispostos nestes Termos e Condições:

- a) O Segurado somente poderá utilizar-se dos serviços de assistência com a prévia autorização da Central de Assistência, exceto na ocorrência de situações que o ponham em risco de vida;**
- b) Os serviços de assistência não se aplicarão às complicações que venham a ocorrer durante a viagem do Segurado, decorrentes de qualquer inobservância de prescrição médica.**
- c) Os serviços de assistência não poderão ser prestados quando não houver cooperação por parte do Segurado ou outro que vier a requerer assistência em seu nome, no que se refere às informações requisitadas pela Central de Assistência (dados imprescindíveis ao atendimento, tais como o nome, endereço, CPF, descrição de sintomas, e outros que se façam necessários).**
- d) Nas situações em que a Equipe Médica da Central de Assistência não consiga obter laudos médicos de forma satisfatória, caberá ao Segurado obtê-los diretamente do médico que o trata e/ou do Hospital no qual se encontra internado; vale lembrar que o poder de obtenção de laudos é direito do Segurado e a Central de Assistência não pagará por qualquer tipo de laudo e/ou tradução de línguas não universais. Caso não haja tal colaboração, o Segurado perderá o direito ao atendimento.**
- e) O não comparecimento nas consultas médicas agendadas pela Central de Assistência será considerado injustificável e os custos resultantes desta correrão por conta do Segurado.**
- f) Quando se fizer necessária uma simples consulta médica, numa região sem infraestrutura médica ou quando a região em que o Segurado se encontra não for muito acessível, a Central de Assistência deverá informar ao Segurado o local mais próximo onde ele terá direito a receber a referida assistência médica.**

6. VIGÊNCIA E CANCELAMENTO

6.1. O prazo de vigência da Assistência Viagem vigorará pelo prazo de vigência do Seguro Viagem Bradesco contratado.

6.2. Os serviços de Assistência Viagem serão disponibilizados ao Segurado durante o período de viagem contratado, desde que o mesmo esteja em viagem, conforme o plano de seguro contratado.

6.3. Para o serviço de Informações Viagem “Concierge”, o serviço poderá ser acionado a qualquer momento, estando o Segurado já em período de viagem ou não. Para os demais serviços contemplados nestas Condições Gerais, o Segurado poderá utilizar os serviços da Assistência Viagem, desde a data de início até a data de término do período da viagem.

6.4. A assistência será considerada cancelada de pleno direito, independente de notificação prévia ao Segurado:

- a) Na data em que terminar a viagem, objeto da compra da assistência viagem;**
- b) Quando atingidos quaisquer dos limites estabelecidos nestas Condições Gerais;**
- c) Quando houver o Segurado prestado informações ou encaminhado documentos inconsistentes, falhos, falsos ou inverídicos e/ou provenientes de má-fé;**
- d) Praticar atos ilícitos e contrários à lei.**

7. LIMITE TERRITORIAL DA ASSISTÊNCIA.

7.1. O Segurado terá direito à utilização dos Serviços somente se o Evento ocorrer nos países indicados no plano de Assistência Viagem contratado pelo Segurado, ou no Brasil a mais de 100 km (cem quilômetros) de seu domicílio.

7.2. Todos os serviços de Assistência Viagem serão prestados em cidades consideradas grandes polos turísticos ou cidades com mais de 200.000 (duzentos mil) habitantes. Para as demais cidades sem infraestrutura, o Segurado será instruído pela Central de Alarme como proceder, observando em qualquer caso os limites previstos para o Serviço solicitado.

7.3. Os serviços não serão válidos caso venham a ser adquiridos por quem já se encontre em viagem, sendo que a Assistência Viagem se reserva ao direito de investigar a veracidade das declarações do Segurado neste sentido.

7.4. Os serviços também não serão prestados aos Segurados que deixarem de ter domicílio no Brasil.

LIMITES: Todos os serviços estão limitados a 01 (um) acionamento por viagem, exceto os serviços indicativos, quando previstos no plano contratado.

I – Plano Nacional

1	Despesas Médicas por Acidente ou Doença	Até R\$ 7.000,00 (sete mil reais)
2	Despesas Odontológicas	Até R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais)
3	Remoção Inter Hospitalar	Até R\$ 7.000,00 (sete mil reais)
4	Repatriação Sanitária	Até R\$ 7.000,00 (sete mil reais)
5	Repatriação Funerária	Até R\$ 7.000,00 (sete mil reais)
6	Envio de Acompanhante	Caso o Segurado permaneça hospitalizado por mais de 5 (cinco) dias corridos a assistência providenciará o meio transporte mais adequado para que um parente ou pessoa indicada pelo Segurado possa acompanhá-lo.
7	Acompanhamento de Menores e/ou Idosos	Serviço
8	Garantia de Viagens de Regresso	Meio de transporte a ser definido de acordo com a distância e criticidade do evento.
9	Regresso Antecipado por Falecimento de Familiar	Meio de transporte a ser definido de acordo com a distância.
10	Regresso Antecipado por Sinistro no Domicílio	Meio de transporte a ser definido de acordo com a distância.
11	Localização de Bagagem	Prestado por até 30 (trinta) dias corridos contados a partir da notificação do PIR emitido para cada Segurado.
12	Orientação em Caso de Perda de Documentos	Serviço Indicativo
13	Informações de Viagens – Concierge	Serviço Indicativo
14	Auxílio Transmissão de Mensagens Urgentes	Serviço Indicativo

II – Plano América do Sul

1	Despesas Médicas por Acidente ou Doença	Até US\$ 30.000,00 (trinta mil dólares)
2	Despesas Odontológicas	Até US\$ 500,00 (quinhentos dólares)
3	Remoção Inter Hospitalar	Até US\$ 10.000,00 (dez mil dólares)
4	Repatriação Sanitária	Até US\$ 10.000,00 (dez mil dólares)
5	Repatriação Funerária	Até US\$ 10.000,00 (dez mil dólares)
6	Envio de Acompanhante	Caso o Segurado permaneça hospitalizado por mais de 5 (cinco) dias corridos a assistência providenciará o meio transporte mais adequado para que um parente ou pessoa indicada pelo Segurado possa acompanhá-lo.
7	Auxílio Fundos no Exterior	Até US\$ 1.000 (mil dólares) por viagem.
8	Auxílio Pagamento de Fiança	Até US\$ 1.500 (um mil e quinhentos dólares) por viagem.
9	Auxílio Jurídico no Exterior	Até US\$ 1.000 (um mil dólares) por viagem.
10	Acompanhamento de Menores e/ou Idosos	Serviço
11	Localização de Bagagem	Prestado por até 30 (trinta) dias corridos contados a partir da notificação do PIR emitido para cada Segurado.
12	Garantia de Viagens de Regresso	Meio de transporte a ser definido de acordo com a distância e criticidade do evento.
13	Regresso Antecipado por Falecimento de Familiar	Meio de transporte a ser definido de acordo com a distância.
14	Regresso Antecipado por Sinistro no Domicílio	Meio de transporte a ser definido de acordo com a distância.
15	Orientação em Caso de Perda de Documentos	Serviço Indicativo
16	Informações de Viagens – Concierge	Serviço Indicativo
17	Auxílio Transmissão de Mensagens Urgentes	Serviço Indicativo

III – Plano Internacional

1	Despesas Médicas por Acidente ou Doença	Até US\$ 40.000 (quarenta mil dólares)
2	Despesas Odontológicas	Até US\$ 600 (seiscentos dólares)
3	Remoção Inter Hospitalar	Até US\$ 40.000 (quarenta mil dólares)
4	Repatriação Sanitária	Até US\$ 40.000 (quarenta mil dólares)
5	Repatriação Funerária	Até US\$ 40.000 (quarenta mil dólares)
6	Envio de Acompanhante	Caso o Segurado permaneça hospitalizado por mais de 5 (cinco) dias corridos a assistência providenciará o meio transporte mais adequado para que um parente ou pessoa indicada pelo Segurado possa acompanhá-lo.
7	Auxílio Fundos no Exterior	Até US\$ 1.500 (mil e quinhentos dólares) por viagem.
8	Auxílio Pagamento de Fiança	Até US\$ 1.500 (um mil e quinhentos dólares) por viagem.
9	Auxílio Jurídico no Exterior	Até US\$ 2.000 (dois mil dólares) por viagem.
10	Acompanhamento de Menores e/ou Idosos	Serviço
11	Localização de Bagagem	Prestado por até 30 (trinta) dias corridos contados a partir da notificação do PIR emitido para cada Segurado.
12	Garantia de Viagens de Regresso	Meio de transporte a ser definido de acordo com a distância e criticidade do evento.
13	Regresso Antecipado por Falecimento de Familiar	Meio de transporte a ser definido de acordo com a distância.
14	Regresso Antecipado por Sinistro no Domicílio	Meio de transporte a ser definido de acordo com a distância.
15	Orientação em Caso de Perda de Documentos	Serviço Indicativo
16	Informações de Viagens – Concierge	Serviço Indicativo
17	Auxílio Transmissão de Mensagens Urgentes	Serviço Indicativo

IV – Plano Europa

1	Despesas Médicas por Acidente ou Doença	Até € 30.000,00 (trinta mil euros)
2	Despesas Odontológicas	Até € 300,00 (trezentos euros)
3	Remoção Inter Hospitalar	Até € 30.000,00 (trinta mil euros)
4	Repatriação Sanitária	Até € 30.000,00 (trinta mil euros)
5	Repatriação Funerária	Até € 30.000,00 (trinta mil euros)
6	Envio de Acompanhante	Caso o Segurado permaneça hospitalizado por mais de 5 (cinco) dias corridos a assistência providenciará o meio transporte mais adequado para que um parente ou pessoa indicada pelo Segurado possa acompanhá-lo.
7	Auxílio Fundos no Exterior	Até € 1.500 (um mil e quinhentos euros) por viagem.
8	Auxílio Pagamento de Fiança	Até € 1.500 (um mil e quinhentos euros) por viagem.
9	Auxílio Jurídico no Exterior	Até € 1.200,00 (um mil e duzentos euros) por viagem.
10	Acompanhamento de Menores e/ou Idosos	Serviço
11	Localização de Bagagem	Prestado por até 30 (trinta) dias corridos contados a partir da notificação do PIR emitido para cada Segurado.
12	Garantia de Viagens de Regresso	Meio de transporte a ser definido de acordo com a distância e criticidade do evento.
13	Regresso Antecipado por Falecimento de Familiar	Meio de transporte a ser definido de acordo com a distância.
14	Regresso Antecipado por Sinistro no Domicílio	Meio de transporte a ser definido de acordo com a distância.
15	Orientação em Caso de Perda de Documentos	Serviço Indicativo
16	Informações de Viagens – Concierge	Serviço Indicativo
17	Auxílio Transmissão de Mensagens Urgentes	Serviço Indicativo

V – Plano Top Internacional

1	Despesas Médicas por Acidente ou Doença	Até US\$ 60.000 (sessenta mil dólares)
2	Despesas Odontológicas	Até US\$ 700 (setecentos dólares)
3	Remoção Inter Hospitalar	Até US\$ 60.000 (sessenta mil dólares)
4	Repatriação Sanitária	Até US\$ 60.000 (sessenta mil dólares)
5	Repatriação Funerária	Até US\$ 60.000 (sessenta mil dólares)
6	Envio de Acompanhante	Caso o Segurado permaneça hospitalizado por mais de 5 (cinco) dias corridos a assistência providenciará o meio transporte mais adequado para que um parente ou pessoa indicada pelo Segurado possa acompanhá-lo.
7	Auxílio Fundos no Exterior	Até US\$ 2.000 (dois mil dólares)
8	Auxílio Pagamento de Fiança	Até US\$ 2.000 (dois mil dólares)
9	Auxílio Jurídico no Exterior	Até US\$ 3.000 (três mil dólares)
10	Acompanhamento de Menores e/ou Idosos	Serviço
11	Localização de Bagagem	Prestado por até 30 (trinta) dias corridos contados a partir da notificação do PIR emitido para cada Segurado.
12	Garantia de Viagens de Regresso	Meio de transporte a ser definido de acordo com a distância e criticidade do evento.
13	Regresso Antecipado por Falecimento de Familiar	Meio de transporte a ser definido de acordo com a distância.
14	Regresso Antecipado por Sinistro no Domicílio	Meio de transporte a ser definido de acordo com a distância.
15	Orientação em Caso de Perda de Documentos	Serviço Indicativo
16	Informações de Viagens – Concierge	Serviço Indicativo
17	Auxílio Transmissão de Mensagens Urgentes	Serviço Indicativo

VI - Top Europa

1	Despesas Médicas por Acidente ou Doença	Até € 46.511 (quarenta e seis mil quinhentos e onze euros)
2	Despesas Odontológicas	Até € 542 (quinhentos e quarenta e dois euros)
3	Remoção Inter Hospitalar	Até € 46.511 (quarenta e seis mil quinhentos e onze euros)
4	Repatriação Sanitária	Até € 46.511 (quarenta e seis mil quinhentos e onze euros)
5	Repatriação Funerária	Até € 46.511 (quarenta e seis mil quinhentos e onze euros)
6	Envio de Acompanhante	Caso o Segurado permaneça hospitalizado por mais de 5 (cinco) dias corridos a assistência providenciará o meio transporte mais adequado para que um parente ou pessoa indicada pelo Segurado possa acompanhá-lo.
7	Auxílio Fundos no Exterior	Até € 1.550 (um mil quinhentos e cinquenta euros) por viagem.
8	Auxílio Pagamento de Fiança	Até € 1.500 (um mil e quinhentos euros) por viagem.
9	Auxílio Jurídico no Exterior	Até € 2.325 (dois mil trezentos e vinte e cinco euros) por viagem.
10	Acompanhamento de Menores e/ou Idosos	
11	Localização de Bagagem	Prestado por até 30 (trinta) dias corridos contados a partir da notificação do PIR emitido para cada Segurado.
12	Garantia de Viagens de Regresso	Meio de transporte a ser definido de acordo com a distância e criticidade do evento.
13	Regresso Antecipado por Falecimento de Familiar	Meio de transporte a ser definido de acordo com a distância.
14	Regresso Antecipado por Sinistro no Domicílio	Meio de transporte a ser definido de acordo com a distância.
15	Orientação em Caso de Perda de Documentos	Serviço Indicativo
16	Informações de Viagens – Concierge	Serviço Indicativo
17	Auxílio Transmissão de Mensagens Urgentes	Serviço Indicativo